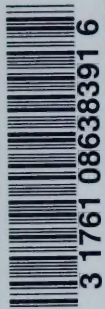


K

3932
980
June

Dentistry



The Canadian Forces Dental Services Bulletin

Number 1, June 1980

IN MEMORY OF THE MEMBERS WHO DIED DURING MILITARY DENTAL SERVICE SINCE WORLD WAR II



1949

CPL CHADWICK H.H.

1952

MAJ KINNEY R.S.

1953

MAJ BANKIN H.S.

1957

ECOL MACLEAN P.J.

SGT GIBSON G.L.

1959

SGT LAVICTOIRE L.

A/CPL FOSTER J.

1960

CAPT MACNEILY J.B.

1961

S/SGT CLAYDON R.R.

AWI NEWTON M.H.

1962

SGT FERGUSON O.A.

1963

O/CPT WRIGHT B.N.

1964

CAPT WOODCOCK O.R.

SGT LILLICO A.D.

1966

MAJ OASHIN H.J.

1967

MAJ OATO B.W.

1968

MWO FORTIN R.O.

1969

MAJ LEGENDRE J.R.A.

1970

SGT CROCKETT M.D.

1971

CAPT MONTGOMERY J.W.

1973

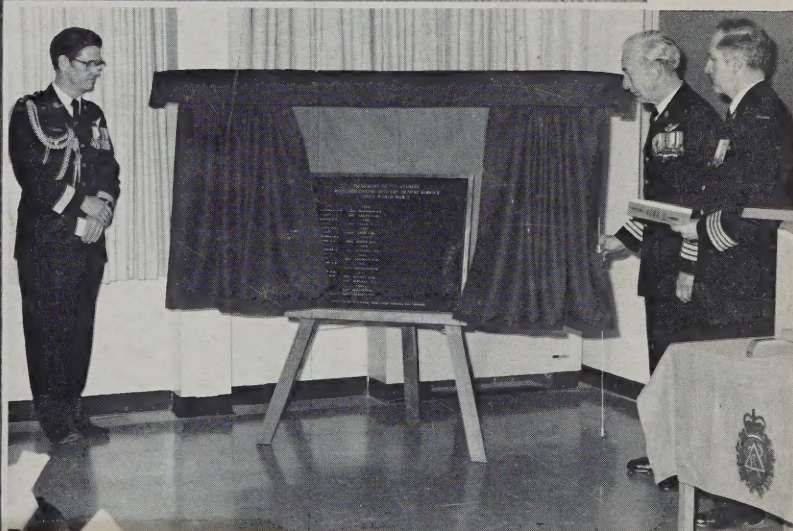
SGT BRIGHT R.O.

CPL MITRIKAS W.J.

1976

ECOL CRAIGIE L.O.

ECOL REYNOLDS L.A.



ERECTED BY ALL RANKS RCDG/CEDS SERVING AND RETIRED

UNVEILING OF MEMORIAL PLAQUE

RK

1

.C3932

DENT

RETURN TO BASEMENT



The CFDS Bulletin

Number 1, June 1980

Editorial Board

Colonel J.M. Donely
CD, DDS

Lieutenant-Colonel R.A. Fortier
CD, BA, DDS, Dip, Perio

Captain D.E. Fraser
CD, BSc

Associate Editors

Captain M.L. Irwin, BA, DDS
Canadian Forces
Dental Services School

Sergeant M. Kent
1 Dental Unit

Captain C.G. Sproule CD
11 Dental Unit

Captain (W) J. Sutherland
12 Dental Unit

Captain P.D. Peterson CD
13 Dental Unit

Sergeant B.G. Lynn CD
14 Dental Unit

Captain R. Savoie CD
15 Dental Unit

Sergeant H.S. Robinson CD
1 Dental Equipment Depot

Warrant Officer P.J. Armstrong
35 Field Dental Unit

Miss J. Patrick
General News

Captain W.C. Shadt

Sergeant H. McRae
CCUNCP News

Published by authority of Brigadier - General W.R. Thompson CD, QHDS, DDS, FICD. The Quarterly serves as a means for the exchange of ideas, experiences and information within the Canadian Forces Dental Services. Views and opinions expressed are those of the authors and not necessarily those of the Director General of Dental Services or the Department of National Defence.

COVER

Memorial Plaque Dedication Ceremonies.

L to R: BGen W.R. Thompson, DGDS; BGen (ret'd) B.P. Kearney, Colonel Commandant of the CFDS, and Col J.N. Wright, Commandant CFDSS.

IN THIS ISSUE

1. New Colonel Commandant for the CFDS
2. Dedication of RCDC-CFDS Memorial Plaque Post World War II
4. The Sick Lip — Actinic Keratosis of the Lower Lip
7. Forensic Odontology — A Case Report
14. Field Dental Treatment Exercise Artic Express
16. Post and Core Impression Using Duralay — Report of a Case
18. Forensic Dentistry
21. Korea — Twenty five Years after
23. Case Report Intradermal Nevus
25. Post Graduate Training and Specialist Status
26. Official Ceremony Opens New Addition to Dental School
28. Photo Selection of Some Happenings in 1979
30. Dental School Hosts Annual CFDS Bonspiel

Correspondence concerning The Bulletin should be addressed to:

**The Director General of Dental Services,
National Defence Headquarters,
Ottawa, Ontario, Canada,
K1A 0K2**



New Colonel Commandant for the CFDS

Brigadier-General (Ret'd) Bertram Patrick Kearney, MBE, CD, P, QHDS, DDS, FICD, has been appointed Colonel Commandant of the Canadian Forces Dental Services, succeeding Brigadier-General (Ret'd) Kenneth Martin Baird, OBE, CD, DDS, FICD. By this appointment, the Minister of National Defence rekindles the military flame in an officer whose strong leadership, personal example and sagacious policies have contributed significantly to the betterment of the Canadian Forces Dental Services.

A native of Galt, Ontario, General Kearney obtained his degree as Doctor of Dental Surgery from the University of Toronto in 1936. Upon graduation he completed a one-year internship at the Forsyth Dental Infirmary and two years later a Research Fellowship took him to the School of Medicine and Dentistry in Rochester, N.Y.

General Kearney, who retired as Director General of Dental Services in 1970, began his association with the military in 1940 when he joined the militia. A month later he transferred to the Canadian Active Service Force and saw service in Canada and Europe during the war. Immediately following the war he enrolled in the Regular Force to which he devoted the next twenty-five years of his life.

General Kearney held various senior appointments in the RCDC prior to becoming DGDS in December 1966. These positions included: Commanding Officer of 25 Canadian Field Dental Unit in Korea, Commandant of the RCDC School at Camp Borden, Commanding Officer of 11 Dental Company and Command Dental Officer, Western Command, Edmonton. Career honours and awards include: Member of the Most Excellent Order of the British Empire, Fellow of the International College of Dentists and Queen's Honorary Dental Surgeon.

After leaving the Canadian Forces, General Kearney accepted the position of the Chairman of the Department of Community Dentistry, Dalhousie University, Halifax. He relinquished this post in 1975 to enjoy a well-earned second retirement near Charlottetown, Prince Edward Island.

Dedication of RCDC - CFDS Memorial Plaque Post World War II

A very special event took place at the Canadian Forces Dental Services School on 14 February, 1980. A memorial plaque dedicated to the memory of members of the Royal Canadian Dental Corps/Canadian Forces Dental Services who died while on active military service since World War II was unveiled. Commodore W.B. Hotsenpiller Base Commander CFB Borden, welcomed approximately one hundred and fifty guests who had come from all across Canada and Europe to participate in the dedication. Special guests at the ceremony were relatives of those whose names are commemorated on the plaque: Mrs. Joan Mitrikas, wife of Cpl Wally Mitrikas, attended with her parents Mr. & Mrs. Patterson; while Mrs. Elizabeth Gibson, wife of Sgt G.L. Gibson attended with her sons Larry and Raymond.

Prominent guests included BGen W.R. Thompson, Director General Dental Services; BGen (Ret'd) B.P. Kearney, Colonel Commandant of the Canadian Forces Dental Services; and all the Dental Unit Commanding Officers from Canada and Europe. BGen Thompson spoke on the significance of the plaque and presented it on behalf of all ranks of the RCDC/CFDS to Col J.N. Wright, Commandant, CFDSS. Col Wright accepted the memorial for display and safe keeping at the Dental School. Maj R.S. Wood, Base Chaplain; and Capt P.C. Ouellet led the gathering in prayers of dedication. A reception followed in the CFDSS Library.

The dedication ceremony culminated a movement which began over a year ago when the need for a

memorial to honour dental personnel who had died since World War II while on active service was identified. A plaque honouring the memory of members who died in World War I and World War II is already erected in the foyer of CFDSS. A memorial funding program was initiated and through the very generous contributions of serving and retired members, sufficient monies were donated to allow construction of this new monument.

The dedicated memorial plaque is erected in its permanent position in the entranceway of the main foyer of CFDSS.

For the benefit of the RCDC/CFDS personnel serving and retired, who were unable to be present at the dedication ceremonies, the "Dedication Program", and BGen Thompson's address are reprinted in this News Bulletin.

DEDICATION PROGRAM

INVOCATION

WELCOME— Commodore W.B. Hotsenpiller, OMM, CD, Base Commander, CFB Borden (Included in Commodore Hotsenpiller's welcome was his evaluation of the excellent "Esprit De Corps" displayed by Canadian Forces Dental Services personnel; an "Esprit De Corps", which is envied by many military personnel of the Canadian Armed Forces.)

ADDRESS — Brigadier-General W.R. Thompson, CD, QHDS, DDS, FICD, FRCD(C). Director General of Dental Services

"We have gathered here today to honour the memory of all RCDC/CFDS personnel who died while serving in the Canadian Forces Regular Force since World War II.

I am most grateful for the large attendance at this ceremony and appreciative that General Hotsenpiller the Base Commander, General Kearney, our Colonel Commandant, the Commanding Officers and representatives from all Dental Units, from 1 Dental Equipment Depot, the RCDC Association, from retired RCDC/CFDS personnel and very importantly from the relatives of those we are honouring today were able to join us. I also wish to thank those whose very generous contributions made this project possible and who in most cases because of distance are unable to join us today. I also wish to recognize and thank those officers, Colonels Begin and Taylor, whose initiative, planning and genuine feelings were primarily responsible for the initiation of this project. In addition I wish to thank General Hotsenpiller and Colonel Wright, the School Commandant, and the entire DGDS and School staff for their endeavours towards this ceremony. The beautiful plaque which we are dedicating was crafted by Mr. Schwarzkogler of Ottawa, a very gifted gentleman and one who had much to do with similar plaques at this School.

As most of you are aware those dental personnel who died during World Wars I and II have been previously honoured by a most impressive bronze plaque which was sponsored by the RCDC Association. This plaque is located in the front

entrance of the School where the new plaque will also be erected. The plaque we are dedicating today will honour not only those who have died while serving since World War II but also those who pass away under similar circumstances in the future.

The personnel to whom this plaque is dedicated represent dental officers and trades personnel almost equally numerically and also represent a wide, actually the widest possible range in rank, in responsibility and in length of service. Some were involved in training, some in administrative duties but all in military dentistry and they all represent individually and as a group the high values and attributes which we hope present and future dental service members will emulate.

It is not that all of these individuals have contributed the greatest of any who have served in the RCDC/CFDS, in many of the shorter careers far from it. It is, however, significant that it was not possible for any of these members to complete and observe the long term results of their achievements nor in most cases to reach anywhere near the fulfillment of their aspirations and objectives, nor to enjoy the retired life which they worked towards. They unfortunately passed away after completion of only a portion of what most would consider and expect as a normal life. They indeed died when they and we had great expectations regarding what the future would hold for them. They passed away as might be expected in a widespread number of locations across Canada and overseas.

Most of you here today, like myself, knew a number of them personally — in my own case I knew 16 of the 24 well. From such association there are a great number of memories spread over many years and representative of time together both on and off duty during happy times and also in periods of their ill health. We came indeed to know them, to respect them and to depend on them. They were, like you and I, interested in improved dental treatment for greater numbers of service personnel and in the development of innovative

procedures which assisted in ensuring this objective.

It is indeed my sincere hope that those who pass this memorial plaque during training at this School or while on staff will draw from it a degree of strength, pride and responsibility to build on the base which these members represented.

We should always remember that personnel are not in the Dental Services — personnel are the Dental Services."

PRESENTATION OF PLAQUE

"In memory of members of the Royal Canadian Dental Corps/Canadian Forces Dental Services, and on behalf of all ranks of the RCDC/CFDS, I ask you to accept this memorial as a trust and to arrange for its proper care."

UNVEILING OF PLAQUE

- Brigadier-General (Ret'd) B.P. Kearney
MBE, CD, DDS, FICD
Colonel Commandant
Canadian Forces Dental Services

ACCEPTANCE

- Colonel J.N. Wright
CD, DDS, MScD, FICD
Commandant
Canadian Forces Dental Service School

"I accept this memorial as a sacred trust and shall guard it reverently in honour of the devoted service given to their country, by those whose names appear on the plaque and, in whose memory the memorial is presented."

DEDICATION

- Major R.S. Wood, CD Base Chaplain (P)
Captain P.C. Ouellet Cahplain (RC)

READING — Psalm 23 (read together by all)

"The Lord is my Shepherd; I shall not want. He maketh me to lie down in green pastures; He leadeth me beside the still waters. He restoreth my soul; He leadeth me in the paths of righteousness for His name's sake.

Yea, though I walk through the valley of the shadow of death, I will fear no evil; for Thou art with me, Thy rod and Thy staff they comfort me.

Thou preparest a table before me in the presence of mine enemies; Thou anointest my head with oil; my cup runneth over.

Surely goodness and mercy shall follow me all the days of my life; and I will dwell in the House of the Lord forever.."

SCRIPTURE READING —
(John 12: 23-26)

PRAYER OF DEDICATION

"O Almighty God, Who directs our ways, empower us that we may dedicate our lives in our service to mankind. May our dedication to duty and care be in the tradition of those who have served and gone before us.

We dedicate this plaque to the memory of those who died while in service to our country, reminding us to take up our responsibilities.

This we pray in Jesus' name. Amen"

PRAYER OF THANKSGIVING (said together by all)

"Father, on this day of dedication in the life of the Dental Services, we give you thanks for all Your blessings.

Sustain us in the days to come, and may we ever be mindful that what we are, and what we hope to become, depends on You. Amen."

THE BLESSING

"The blessings of God Almighty, the Father, the Son, and the Holy Spirit, be upon you and remain with you, forever, Amen."

The Sick Lip - actinic keratosis of the lower lip



*Lcol F.H. Harreman,
CD, BSc, DDS, FRCD(C)**

The "Sick Lip" can be characterized by a loss of a distinct vermillion border, multiple flat whitish plaque — like lesions, areas of persistent ulceration and induration, and a generally dry, leathery consistency (Plate 2). Important factors in the development of this condition include smoking, chronic irritation and excessive exposure to sunlight. Chronic exposure of the lower lip to solar radiation can produce changes in the mucosa from a mild actinic cheilitis to leukoplakia or frank squamous cell carcinoma. The term actinic (senile) keratosis may be used and the condition is often called "Farmer's Skin" or "Sailor's Skin". Progression to squamous cell carcinoma can occur in 20 to 30 per cent of cases of actinic keratosis.

CASE PRESENTATION

The patient is an 82 year old retired United States Army Colonel who presented with a "Sick Lip". He is a blue eyed, light skinned individual who had been exposed to the elements for a significant part of his career and who generally spent a great deal of time outdoors. The lower lip mucosa was dry, crusted and with numerous areas of clinical leukoplakia and an indistinct muco-cutaneous junction (Plate 2). The clinical appearance was highly suggestive of pre-malignant or malignant changes. There were no nodes palpable in the submandibular or cervical area and the remainder of the mucosal tissues appeared normal. His dentition was remarkably sound. It was decided to do an excisional biopsy of the lower lip mucosa, also described as "a lip strip" or "vermillionectomy".

Prior to the injection of local anaesthetic the area to be excised was outlined with methylene blue; it included the clinically involved skin margin from right to left commissures and extended the full width of the lip to the "wet line". Local anaesthesia was achieved by infiltration of 2% Xylocaine with 1:100,000 Epinephrine. The excision was carried out by sharp dissection with a number 15 blade and Dean scissors. Bleeding

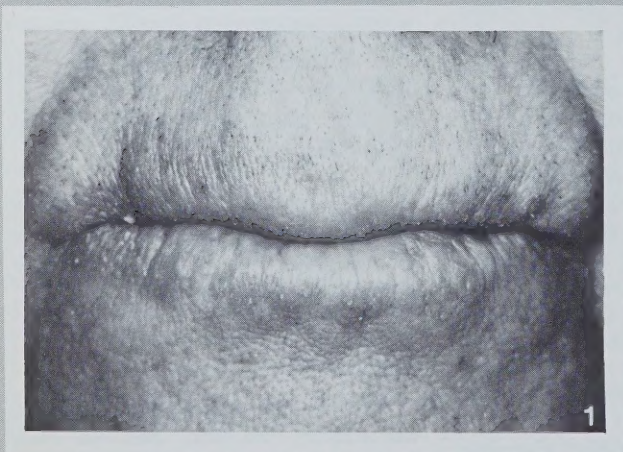
was controlled with pressure and hemostats. The dissection was full thickness down to muscle (Plate 4). Closure was accomplished without undermining the oral mucosa with 5(0) ethicon sutures (Plate 5). The biopsy specimen was placed in 10% formalin and submitted for histopathologic examination (Plate 6). Half the sutures were removed at 5 days, the other half at 7 days.

The histopathologic report identified the lesion as a well differentiated squamous cell carcinoma (Plate 7, 8, 9) with extensive dyskeratosis throughout the specimen. The area with the suture through it was described as a verrucous carcinoma.

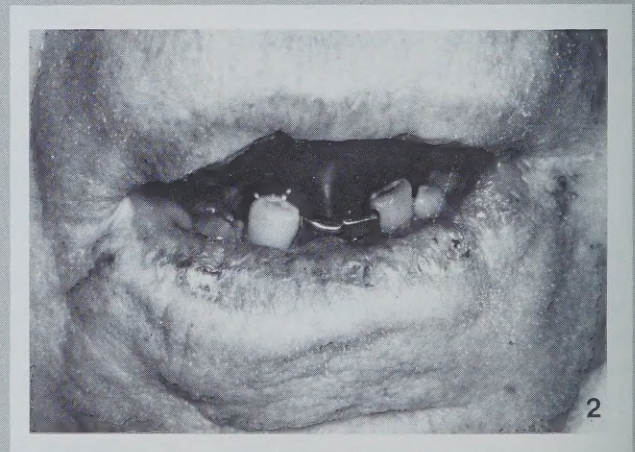
EPIDEMIOLOGY

The skin and mucous membranes serve as a barrier to the external environment. The epidermis contains keratin and melanin forming cells. Melanin, as the principal skin pigment, acts as a physiologic sunscreen. Clinical and epidemiological

*A graduate of University of Alberta (1965), LCol Harreman took residency training in Oral Surgery at the Letterman Army Medical Center, San Francisco, from July 1971 to July 1974.



Moderate lip changes in a light skinned 55 year old Caucasian male. Note the loss of the vermillion border.



Extensive changes to the lower lip mucosa in an 82 year old Caucasian male. Marked obliteration of the vermillion border with numerous areas on lower left side which clinically presented as a central ulceration with indurated borders and slightly raised. High suspicion of malignant change.

evidence indicates that chronic exposure to solar radiation can produce dyskeratotic and malignant changes in the susceptible subject, particularly in light skinned individuals although increased melanin pigment does not entirely protect the skin from the carcinogenic effects of ultra violet radiations. Interestingly, albinos, whose melanocytes fail to produce melanin, tend to develop squamous cell carcinoma at an early age, but in vitiligo, a depigmentation of unknown origin, malignant transformation is not a feature.

Of the lip epidermoid carcinomas, 95% occur on the lower lip, and more frequently in fair skinned subjects than in those of dark skin. The basal cell carcinoma is again most frequently seen in areas of skin exposed to sunlight and is of greater incidence in persons with light complexion. Should it occur on the

lips, the upper lip is usually involved rather than the lower one. It should be noted that although the majority of actinic keratosis occurs in the over 50 age group, the disease can also be found in the young adult.

PROGNOSIS

The verrucous carcinoma is exophytic in nature and tends to grow away from the mucosal surface. The squamous cell carcinoma on the other hand invades subjacent tissues. The prognosis is usually worst for infiltrating carcinomas.

TREATMENT

The preferred treatment for the "Sick Lip" is the vermillionectomy because this excisional biopsy presents the pathologist with a complete specimen. If the clinical picture is very characteristic of squamous carcinoma in one area, a wedge resection can be included in the procedure. Up to 30%

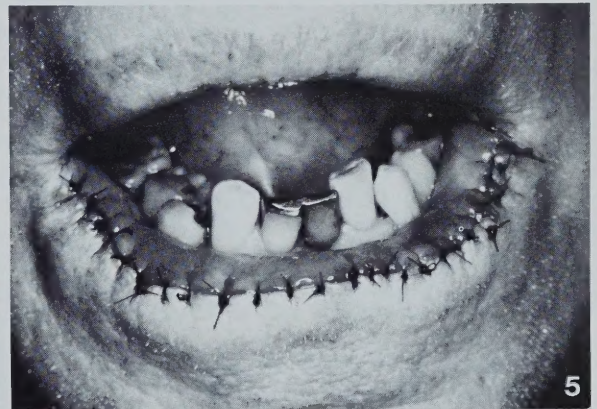
of lower lip bulk can be removed without compromising a primary closure, and an esthetic result is possible. The oral mucosa is not undermined prior to closure to allow for a slight inversion of the lip and thus protect it from further direct exposure. This procedure should not be done by the novice as clinical



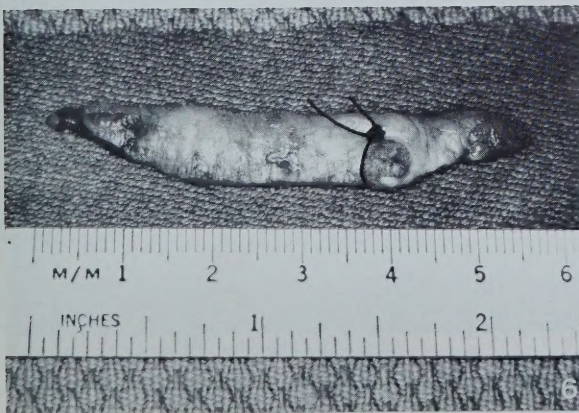
Close up of lower left lip mucosa — verrucous carcinoma proven histologically.



Excisional biopsy of lower lip mucosa — vermillionectomy.



Normal mucosa sutured to skin margin without undermining of mucosa margin. Note slight inversion of lower lip due to tension from normal oral mucosa.



Biopsy specimen. Note suture marking the area of the verrucous carcinoma.



Histopathology of verrucous carcinoma.

judgement based on experience is essential in accurately determining the extent of surgical margins.

FOLLOW-UP

When the histopathologic diagnosis confirms the clinical impression of actinic keratosis or squamous carcinoma, careful clinical follow-up is mandatory. The patient should be seen at three months, six months, one year and, if no clinical recurrence is noted, every six months to a year from then on. He should be instructed to stop smoking, the lip should be protected with a sun screen cream (Plate 11), and chronic irritation from teeth or dentures should be eliminated. The patient

should be warned to reduce his total exposure to solar rays, since the exposed parts, for example forehead, cheeks, ears, nose, "V" neck, dorsum of hands, can all be affected. The clinician should indeed examine the above mentioned areas attentively since multiple primary lesions are a distinct possibility.

SUMMARY

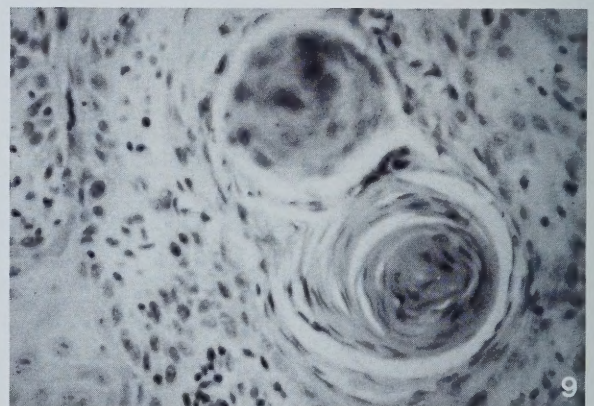
A case of actinic keratosis of the lower lip with carcinomatous changes has been presented and its management discussed. Carcinomas of the lip generally are detected early. With prompt surgical treatment and careful follow-up, the prognosis is excellent.

BIBLIOGRAPHY

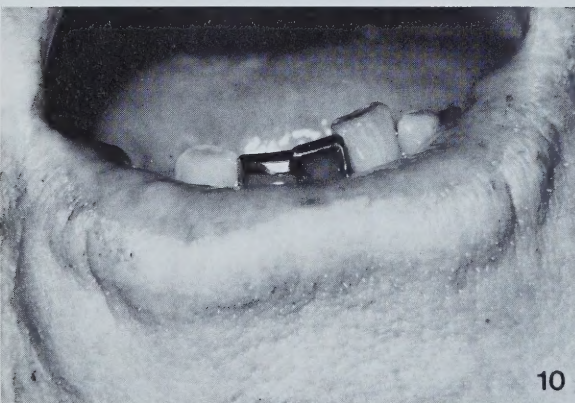
1. Gans, Benjamin J. Atlas of Oral Surgery Ed. 2, Saint Louis, The C.V. Mosby Company, 1972.
2. Scopp, Irwin Walter. Oral Medicine Ed. 2, Saint Louis, The C.V. Mosby Company, 1973.
3. Sauer, Gordon C. Manual of Skin Diseases Ed. 3, Philadelphia, Toronto, J.D. Lippencott Company, 1973.
4. Daniels, Farrington Jr. Diseases Caused or Aggravated by Sunlight. The Medical Clinics of North America Vol. 49. Number 3, May 1965.



Well differentiated squamous carcinoma. Note invasion of dermis and presence of epithelial pearl.



Close up of epithelial pearl. Numerous mitotic figures and hyperchromatism.



Same patient as on plate 2, one year post-operative.



Examples of actinic blocking agents (based on p-Aminobenzoic acid).



LCOL McCALLUM*

Forensic Odontology

A Case Report

SUMMARY

Following is a case report outlining the author's involvement in the identification of five bodies following the crash of a civilian aircraft near Barrie, Ontario.

On Wednesday, 07 September 1977 at approximately 1730 hours a light, twin engine aircraft with five persons aboard struck a television transmitting power on the outskirts of Barrie, Ontario. The subsequent explosion destroyed the aircraft and instantly killed all on board, spreading wreckage and remains over a wide area. The local authorities immediately cordoned off the area and began a systematic search for bodies. The five bodies were found relatively intact but so significantly mutilated and burned that immediate identification was impossible. The authorities were reasonably certain of the names of the victims from the passenger manifest but they were unable to determine one from the other. By the time the author was called upon to assist in the individual identification of the bodies, the dental records of the five suspected victims had already been requested from their respective dentists.

The duties of the forensic odontologist at this time is to assist the pathologist and record all pertinent dental information. Each body was assigned an identification number, and utilizing a forensic dental chart previously designed by the

author, all teeth, restorations, caries, etc. were carefully and accurately recorded. The dental arches were then x-rayed and photographed.

By Friday, 09 September, all of the suspected individuals' dental records i.e. ante mortem records had been received. It was then necessary to compare each ante mortem record with the post mortem records. Each ante mortem record was compared against the post mortem records for similarities and a tentative match was made for each. An in-depth comparison was then carried out for each set of records comparing type and position of restorations, caries, missing teeth etc. When this was done the x-rays were then compared, where available, looking at root configurations, bony trabeculations and restorations. (In four out of five bodies a definite identification could have been made on the basis of one x-ray comparison alone.)

Following is the report submitted to the Coroner's Office for two of the individuals.

Mr. G.A. — Assigned Identification Number 2 —

The dental arches were retrieved in multiple fragments with significant fracturing of both teeth and fillings. There was, however, enough teeth available to do a comprehensive dental charting of the remains. The ante mortem dental records obtained from Dr. L. of Sudbury did not

*LCOL McCallum was employed at Canadian Forces Dental Service School as the officer in charge of treatment services when he compiled this article. He graduated from the University of Manitoba Dental School in 1965 and received his graduate training in Oral Surgery from Madigan Army Medical Centre from 1971 to 1974. He attended the course in Forensic Odontology at the Armed Forces Institute of Pathology, Washington D.C. in October 1975. Since that time LCOL McCallum has been involved in a number of cases involving identification by forensic odontology methods.

In the fall of 1979, LCOL McCallum took his release from the Canadian Armed Forces, and is practising his specialty in Peterborough, Ontario.

contain dental x-rays, however Dr. L. did remember the patient and provided as much assistance as possible, particularly in the description of the lower left dental arch. Areas of comparison with the ante mortem dental records and conversation with Dr. L. are as follows:

- Tooth No. 15 - missing
 12 - recent mesial and distal composite restorations
 11 - mesial composite restoration
 23 - mesial composite restoration
 25 - missing
 26 - mesial occlusal distal lingual amalgam
 27 - mesial occlusal amalgam (open contact between 26, 27)
 36 - large mesial occlusal distal amalgam and buccal amalgam
 35 - large mesial occlusal distal lingual i.e. 3/4 crown amalgam
 45 - mesial occlusal distal amalgam
 46 - mesial occlusal distal amalgam

In view of the above points of comparison without x-ray confirmation, I feel that there is little doubt that these were the remains of Mr. G.A.

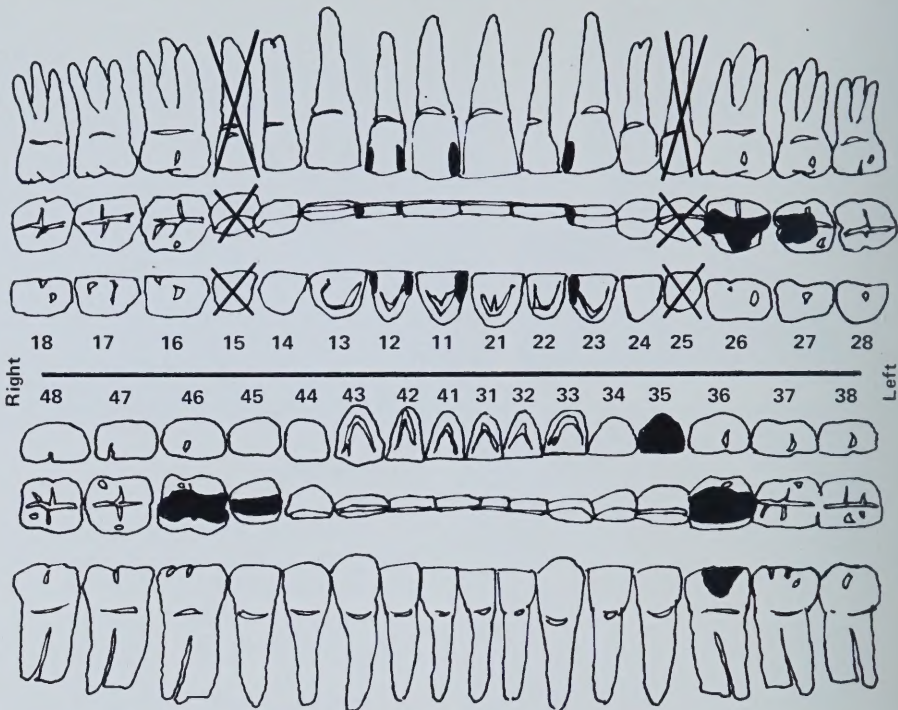
Mr. R.S.C. — Assigned Identification Number 3

Very little of the dental arches were retrieved for comparison. A segment of the right maxillary tuberosity was found separate from the body but was matched up with the remains of this individual. Ante mortem dental records included x-rays which aided in confirming the identity.

Areas of comparison with the ante mortem records are as follows:

- Tooth No. 37 - mesial occlusal distal amalgam
 45 - distal occlusal amalgam
 46 - mesial occlusal amalgam

IDENTIFICATION NUMBER 2 Make all existing restorations and missing teeth on this chart



Describe completely all Prosthetic Appliances including tooth mg. if known and note any identifying marks.

MARK ALL CARIES TEETH ON THIS CHART

Outline all caries and 'X' out all missing teeth

Estimated: Age _____ Sex _____ Race _____

CIRCLE DESCRIPTIVE TERM

Prosthetic Appliances:
 Present _____ Maxilla Full Denture Partial Denture Fixed Bridge

Prosthetic Appliances:
 Present _____ Mandible Full Denture Partial Denture Fixed Bridge

Stains on teeth: Slight Moderate Severe

Jaw Relationship: Normal Undershot Overbite

Periodontal Condition: Excellent Average Poor Gross

Calculus: Slight Moderate Severe

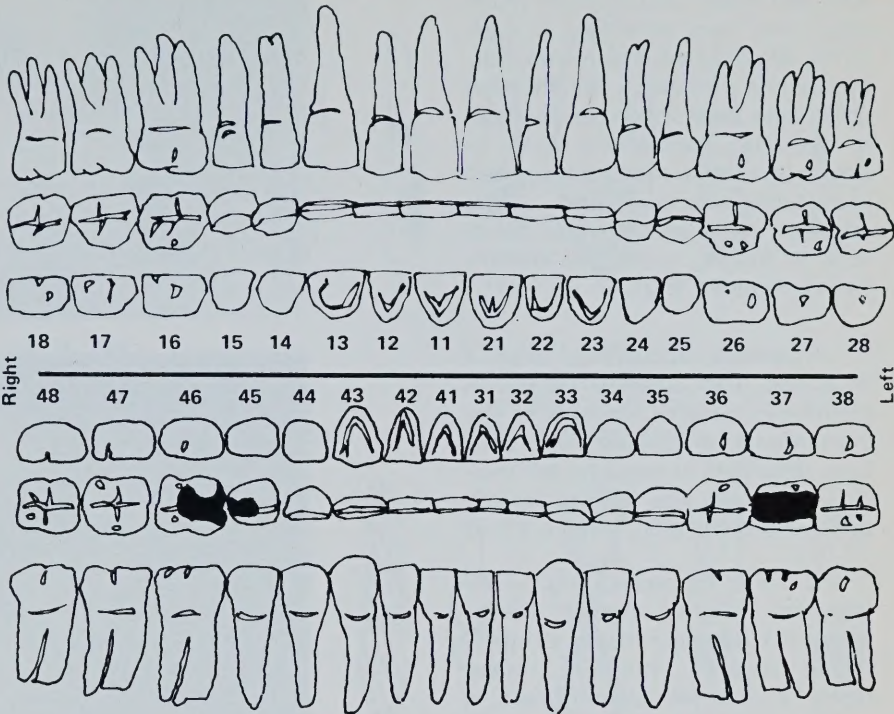
X-ray comparison of the lower left quadrant and in particular the restorations in 45, 46, 37 and alveolar bone pattern, leaves little doubt that these are the remains of Mr. R.S.C.

When submitting reports that may end up in a court of law, one must be very complete and accurate. The forensic dentist must be prepared to substantiate his findings under oath. Therefore, unless the identification is absolute it should not be so stated. An opinion as to the probability of identification may be acceptable since when combined with other evidence it may lead to a confirmation of identity.

This investigation was relatively uncomplicated and positive identifications were easy to make. This is not always the case. In many instances the ante mortem records are quite incomplete since most dentists only record work done by themselves and not keep a comprehensive record of the complete dental status of their patients. Military records are more complete in this respect since a comprehensive condition on entry is recorded on the CF 525. In a recent homicide case in which the author was also involved, the ante mortem records from two different dentists recorded only two restorations and four extractions with no x-rays included. In this case only an educated guess could be made as to the dentistry of the victim.

In the investigation of the air crash, certain factors should be mentioned. Even though the ante mortem records were fairly complete there were a number of inaccuracies in charting. Not all restorations were recorded on the ante mortem records and as a result many restorations, etc. were found and recorded on the post mortem records that were not present on the ante mortem records. This is acceptable; however, when items recorded on the ante mortem records are *not* present in the post mortem examination then the findings must be re-evaluated to determine if this is indeed the same person.

IDENTIFICATION NUMBER 3 Make all existing restorations and missing teeth on this chart



Describe completely all Prosthetic Appliances including tooth mg. if known and note any identifying marks.

MARK ALL CRIES TEETH ON THIS CHART

Outline all caries and 'X' out all missing teeth

Estimated: Age _____ Sex _____ Race _____

CIRCLE DESCRIPTIVE TERM

Prosthetic Appliances:
Present _____ Maxilla Full Denture Partial Denture Fixed Bridge

Prosthetic Appliances:
Present _____ Mandible Full Denture Partial Denture Fixed Bridge

Stains on teeth: Slight Moderate Severe

Jaw Relationship: Normal Undershot Overbite

Periodontal Condition: Excellent Average Poor Gross

Calculus: Slight Moderate Severe

X-ray comparisons are invaluable and make identification much easier and more definitive. In each of the above cases where ante mortem x-rays existed, identification could have been made on the basis of one x-ray comparison alone. In one case an ante mortem x-ray had been taken one week prior to the accident and was extremely beneficial in making a positive identification (Figure 1 & 2).

Prosthetic appliances, even if unlabeled, can be most helpful in identifying remains. In one of the individuals a very unique partial denture, described in detail by the individual's dentist was used to make a positive identification. (Figure 3 & 4)

In some instances, particularly homicide cases, dental identification is the only means of identifying remains; however, many times a possible identification is tentatively made from personal belongings, clothing, etc. or from a list of missing persons in the area. The forensic dentist must take all of these factors into consideration to avoid any mistakes from being made. There have been homicide cases in which innocent people have been prosecuted due to inaccurate identifications being made by untrained or inexperienced dentists. Forensic odontology is not mysterious nor is it a difficult aspect of dentistry, but the individual who becomes involved must be accurate in his comparisons and be prepared to support his findings in a court of law. If he is not, then he should avoid involvement in this specialized area in any official capacity. If a dentist does choose to become involved, he can provide a much needed service both within the military environment and to the public authorities of the civilian community.

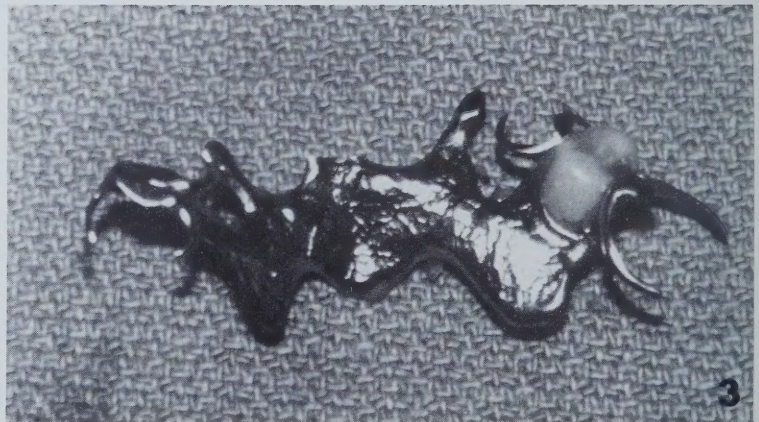
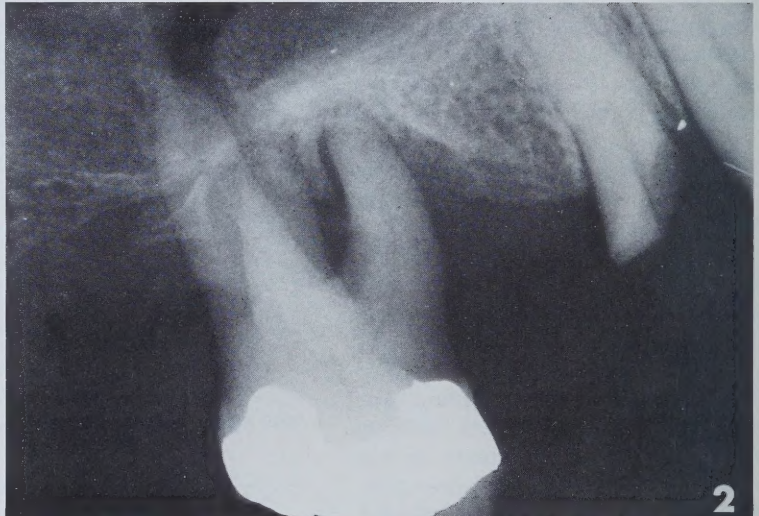


Figure 1 Ante Mortem Xray taken one week prior to the accident.

Figure 2 Post Mortem Xray of tooth 17. Note tooth shape, alveolar bone level and restoration.

Figure 3 Partial denture described in detail by private dentist on Ante Mortem records.

Figure 4 Partial denture in place confirming identification.

DENTAL CHARTING PROCEDURES

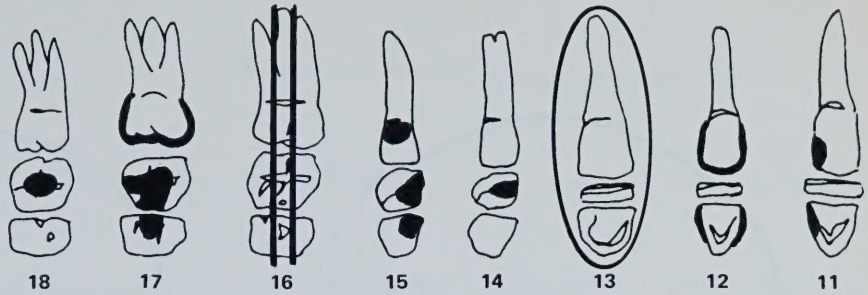
Tooth surfaces are recorded as follows: Mesial-M; Distal-D; Buccal-Bu; Occlusal-O; Lingual-L

Indicate if crowned tooth are Porcelain, Plastic, Gold, Gold Veneer, or non-precious metal. Write in above appropriate tooth on restoration chart — Page 3. For Gold work or veneer crowns outline restoration and indicate gold with parallel vertical lines. For porcelain crowns or plastic fillings outline restorations only — write in the type of material. For all amalgam and non-precious metals black in. (Example on the right)

This charting procedures follows the F.D.I. system of numbering the quadrants from 1 to 4 starting at the upper right and the teeth from the midline back i.e., upper right first molar is No. 16, lower left cuspid is No. 33.

The deciduous teeth are indicated by continuing the numbering of quadrants from upper right i.e. 5, 6, 7, 8, E.G., deciduous lower left cuspid No. 73, deciduous upper right lateral No.

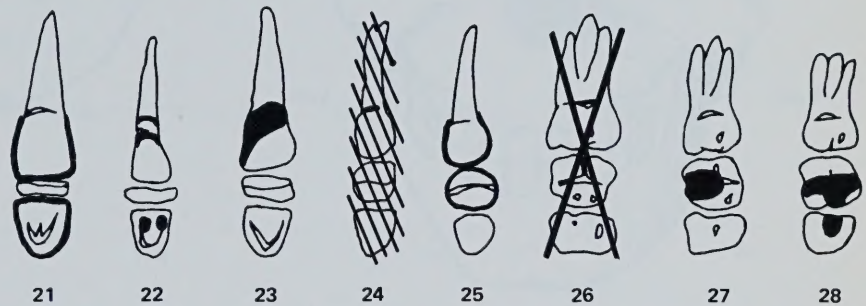
EXAMPLE OF HOW TO PROCEED WITH DENTAL CHARTING



Upper Right

- 18 O-AM
17 DOL-AM; F-AM
16 NON RESTORABLE
15 F-GOLD FILL; ML-AM

- 14 MO-AM
13 IMPACTED
12 3/4 GOLD CR
11 D-PORC FILL



Upper Left

- 21 PORC-CR
22 F-PORC FILL; L-AM
23 MF-PORC FILL
24 PX-POSTHUMOUSLY MISSING

- 25 GOLD-CR
26 MISSING
27 MO-AM; L-AM
28 MOLD-AM

After you have finished your examination have your assistant read the charting back to you as you recheck each tooth; then proceed to note any of the following conditions. Indicate answers with tooth number.

Mottled Enamel _____ Tori Present _____

Fractured Enamel _____ Irregularity of Alignment _____

Enamel Hypoplasia _____ Unerrupted Teeth _____

Fractures of Tooth _____ Unusual Restorations _____

Erosion _____ Malocclusion _____

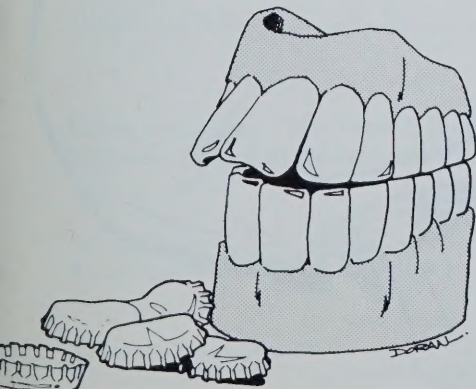
Retained Dec. Teeth _____ Unusual Appliances _____

Abraision _____ Malposed Teeth _____

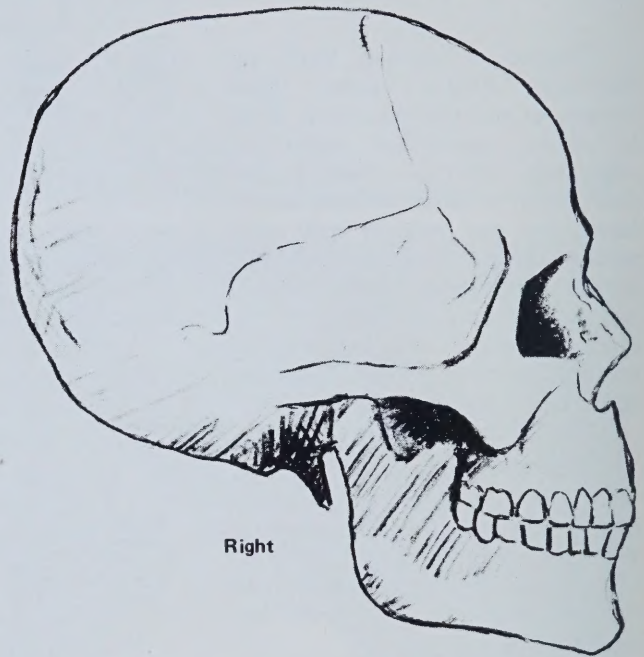
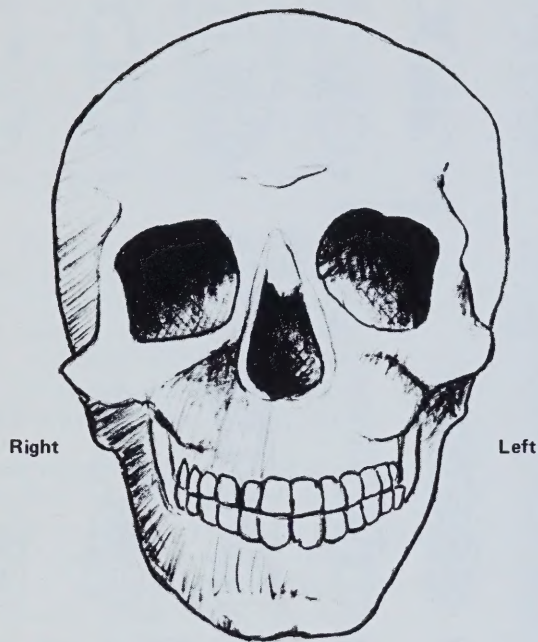
Abnormal Interdental Spaces _____ Supernumerary Teeth _____

Abnormal Interdental Spaces _____ Supernumerary Teeth _____

REMARKS _____



ANATOMICAL OUTLINES

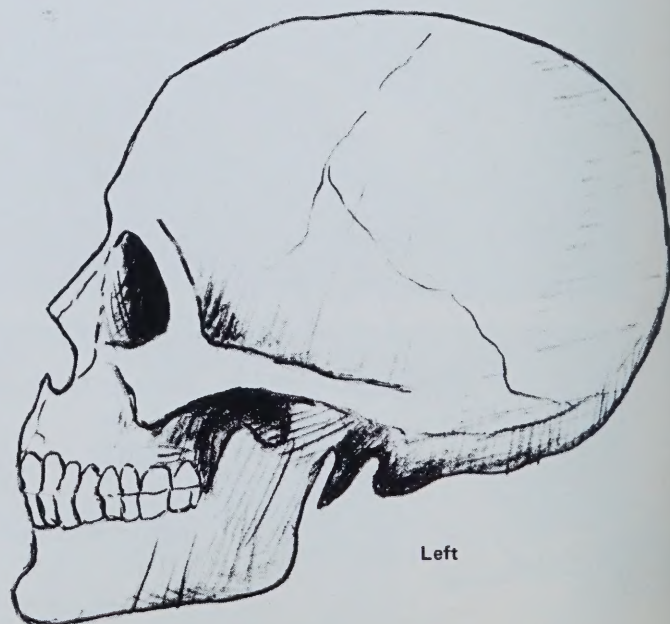
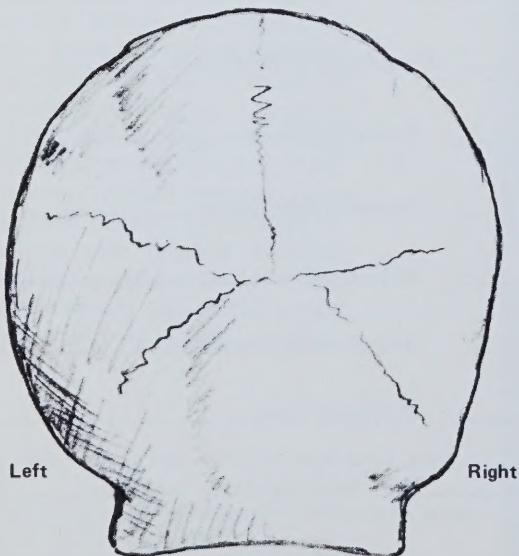


ENTIRE SKULL AVAILABLE FOR EXAMINATION YES NO

If only parts of the skull are available shade the parts of the skull that you have used for the identification procedure.

MARK IN ALL LINES OF FRACTURE

Make sure that any parts of the skull that YOU REMOVE have attached to them a tag with the assigned identification number.



ANNEX B – DENTAL CHART – Fill out all information in pencil

Assigned identification number _____ Division Case Number _____

Autopsy Number _____ Picture Pouch No. _____

Armed Forces Serial Number. _____ Social Security No. _____

Date of Exam. _____ Place of Exam. _____

IDENTIFICATION STATUS (CIRCLE ONE)

Unidentified at present time, presumptive by exclusion, highly probable, positive

Name of Person Identified	Age	Race	Sex
---------------------------	-----	------	-----

The above block is to be completed after all I.D. Procedures are exhausted.

Confirmed identification of body by _____
Name of examiner

Confirmed identification by means of (circle)

X-ray comparison, clinical conformation by previous dental records, Other _____

Name, Address and Telephone Number of Photographer

Location of Body _____ Position of Body _____

Before proceeding – Read Page 2 carefully and follow all instructions – have a qualified assistant to do all recording. Record all information in pencil

Name, Address and Telephone Number of the Examiner

Name, Address and Telephone Number of the Assistant

Signature of the Examiner

Signature of the Assistant

Field Dental Treatment Exercise

Capt P.G. Abbott and Sgt D.W. Griffiths

During the period 25 Feb-10 Mar 78, CFB London Dental Detachment of 13 Dental Unit was

involved in a NATO exercise entitled "Arctic Express" which was staged in the Troms region of northern Norway.

The exercise was designed to test the capability of a combined NATO force under arctic conditions.

The First Battalion of the Royal Canadian Regiment from CFB London, combined with the National Support Element from CFB Petawawa, comprised the Canadian contribution to the NATO force.

The dental support was provided by Capt P.G. Abbott and Sgt D.W. Griffiths who had readied themselves for this exercise by attending a preparatory exercise in Petawawa. It was their task to look after the Canadian contingent to the NATO force and to assist in the dental support of all the NATO forces taking part in the exercise. Moreover, field dental equipment was to be tested under arctic conditions.

Capt Abbott and Sgt Griffiths left Trenton for Norway 25 Feb. Sgt Griffiths was 2IC to the Chalk Commander, sharing the responsibility of ensuring the orderly boarding of the troops and the proper loading of all equipment on the aircraft.

Upon arrival in Norway, the Canadian National Support Element was despatched to a designated area located in a valley. The National Support Elements of the British, American, West German, Italian and Norwegian contingents were located in surrounding areas. The dental team was quartered in a ten men arctic tent complete with stoves and lanterns. Camp cots kept the men off the cold, damp ground. One unit of the headquarters' modular tent served as a dental clinic. Because of the permafrost, before the dental clinic could be made operational, a solid floor had to be installed. Six wooden pallets and two sheets of plywood were used, on a straw base. The heat source for the entire modular tent system consisted of a gas "Ready



Artic Express

Heater'' with Alladin heaters as back-up, keeping the temperature inside the dental clinic at a reasonable level (55-65 degrees Fahrenheit).

The dental kit for this exercise was an A-Dec field operating unit, a Den-Tal-Ez chair and stool, a Pelton Crane light, a Gast portable air compressor, and two trunks containing the required instruments and supplies. The electrical power for the dental unit as well as the remainder of the modular complex was provided by a 5KW generator which proved adequate.

The dental equipment was transported and packed by members of 1 RCR in London; it was their cooperation which enabled the dental team to set up and take down the equipment with ease. When setting up the equipment, the dental team found that 1-1/2 hours was sufficient time to become completely operational or ready to move on.

The field dental equipment functioned extremely well. The team found it imperative that all routine maintenance instructions were followed and all moisture drained from the unit and the lines at night to prevent freezing and to help ensure trouble-free operation. It is also recommended that each Unit tasked with this role be given the field equipment well in advance so that any discrepancies or malfunctions can be remedied prior to the exercise. The use of the equipment in the field depends mainly on the dental team's task. If emergency service only is to be performed, equipment requirements are much less. The team decided to attempt doing almost everything that could be done in a stationary clinic. They performed surgery, restorations, and prophylaxis. An honest attempt at sterility was made, and no post-operative complications were experienced.

The dental team observed that patients reported for treatment who had obviously succeeded in evading sorely needed chair time back home. Obviously, these patients found it more tolerable to be treated in the field.

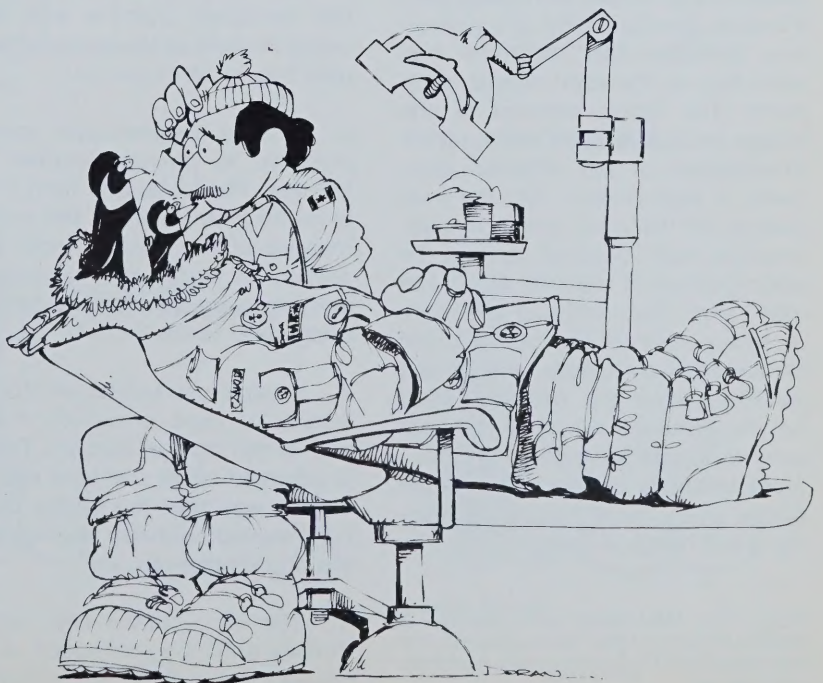
The climatic conditions ranged from fairly comfortable during the day when, for the most part, the sun shone brightly, to very cold and uncomfortable at night. Quick-change acts took place in the arctic tent when came time to get in and out of the sleeping bags.

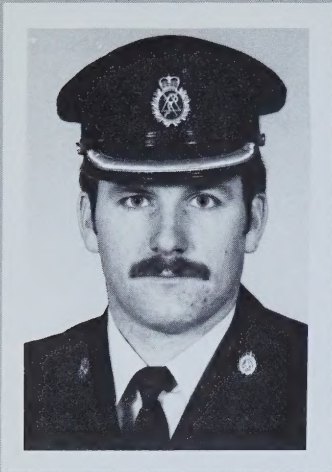
Operating the dental units in cold weather was not easy. In low temperatures the hydraulics did not work properly, lights and fuses blew prematurely, and rubber hoses cracked. The dental team overcame these difficulties by having heaters on standby with instructions that if the power went off these were to be lit immediately. The team also carried spares of lights and hoses, and tape for patchwork.



The team had the good fortune of meeting dentists from other countries. There was a Norwegian dentist acting as liaison with the German Field Hospital, and a German dentist who was also set up to practise dentistry in the field.

Both members of the dental team found the exercise to be a very valuable learning experience and feel that dental practice in the field is a worthwhile part of military education.





Capt R.J. MacDonald*

EDITOR'S NOTE

"The reader's attention is directed at an article of similar nature published in *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 42:645 December 1979." Capt MacDonald's article was received at the Dental Division well before this article appeared.

INTRODUCTION

A 48 year old male patient presented with a complaint of mobility of his maxillary anterior 6 unit fixed prosthesis (2 cuspid abutments with 4 incisor pontics). Clinical examination revealed that retention had been lost on the right cuspid abutment (13). Upon removal of the bridge and subsequent radiographic examination of the affected abutment, it was evident that the post portion of the post and core substructure had fractured, leaving the apical portion of the post within the root canal. The core and the more cervical portion of the post was still cemented to the bridge when it was removed from the mouth (Figure no. 1). Although the fractured post was no longer suitable as an abutment retentive support, the 6 unit bridge was clinically sound, exhibiting good marginal integrity.

*Capt R.J. MacDonald is a graduate of McGill University (1976). Upon graduation he was posted to CFB Toronto where he is presently serving.

Post and Core Impression

The article outlines a method of fabricating a post and core to fit an existing tooth preparation, as well as an existing fixed prosthesis.

ARMAMENTARIUM FOR DURALAY POST AND CORE IMPRESSION

2 dappen dishes

2 sable hair brushes

Duralay* powder and liquid
rubber bowl with hot water (to speed the setting time of duralay)

supply of cut paper clips previously treated with a thin coat of duralay

microfilm lubricant

college pliers

TREATMENT

1. As the more apical portion of the fractured post is still firmly cemented within the post space, the post has to be drilled out.

2. A large diameter post space is prepared to prevent another post fracture. Particular attention is paid to avoid instrumenting the external margins of the existing tooth preparation in order to maintain the existing marginal integrity between bridge and tooth.

3. A paper clip is selected from the supply of clips previously treated with a thin coat of duralay. The clip is adjusted to fit the post space in such a way that the bridge can be fully seated without impinging on the clip (Figure No. 2).

4. The clip, coated with enough duralay to fill the post space, is submerged into the hot water bath for

five seconds. It is then plunged into the post canal which has been previously coated with microfilm lubricant. After five to ten seconds (when the duralay begins to lose its "wet" appearance), the clip is moved up and down along the path of insertion to prevent the duralay from flowing into any undercut areas. After initial setting is complete, the post is removed and submerged in hot water for 30 seconds to speed up final setting of the material.

5. The post is removed from the water bath and placed in the post space again to verify the fit (Figure no. 3).

6. An incremental build-up of the duralay core portion can commence by adding small amounts of duralay to the duralay post already seated in the post canal. It is, of course, important to avoid covering the external margins of the tooth with duralay (Figure No. 4).

7. The correct shape of the core portions of the post and the core can be developed by placing the bridge over the unset duralay core and gently moving the bridge up and down a few millimeters along the path of insertion of the bridge as the duralay begins to set. It is essential to lubricate the inner surface of the bridge abutment and it is especially important not to add too much duralay at once. As the reader most probably now realizes, this method will leave a slight void at the most incisal portion of the core between the core and the inner surface of the bridge (attempts to completely fill this void with duralay will always result in the bridge not seating completely as the slightest excess of duralay will have no avenue of

Using Duralay - Report of a Case

escape. The operator has two options, depending on the type of fixed prosthesis involved:

1. Accept a small void which will later be filled with cement, or
2. Drill a small hole in the lingual portion of the bridge to allow for escape of excess duralay. The hole can be closed with amalgam or gold foil.

The second choice is acceptable with an acrylic veneer fixed prosthesis, but considering the possibility of creating a porcelain fracture when dealing with a porcelain fused to gold prosthesis, the first choice would be more acceptable in the latter case.

Once the duralay impression is completed, a gold post and core is cast and can be used to replace the fractured post and core.

SUMMARY

A method of fabricating a new post and core to replace a fractured post and core, which had been part of the retentive substructure of a 6 unit bridge, has been outlined.

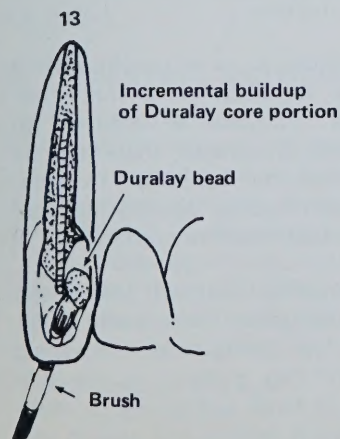


FIGURE 4

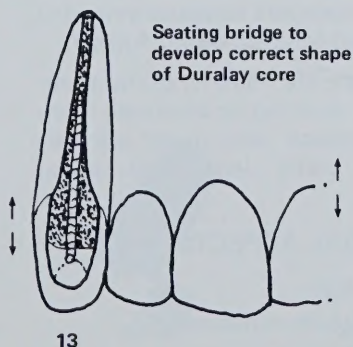


FIGURE 5

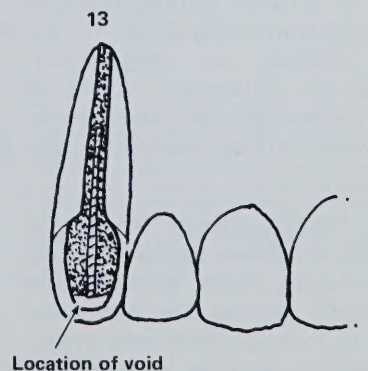


FIGURE 6

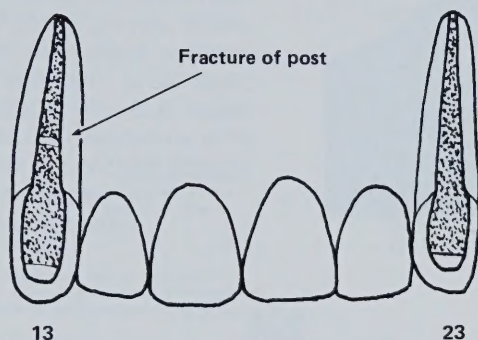


FIGURE 1

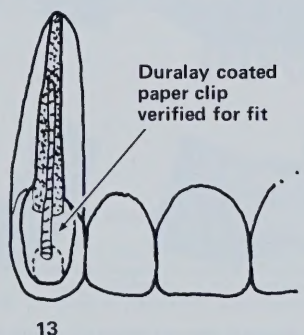


FIGURE 2

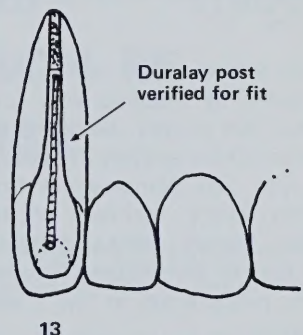


FIGURE 3

Forensic Dentistry



Capt D.E. Rawson

DEFINITION

Forensic Dentistry, or Forensic Odontology as it is more formally referred to, may be defined as that part of dentistry which aids in the identification of persons, usually deceased, by examination of dental structures.

This is one of the newer fields of dentistry. It requires very little expertise, but is very useful to the profession and to society in general. This paper will demonstrate how practically every member of the Canadian Forces Dental Services can be part of an ongoing forensic dentistry programme in the Canadian Forces.

APPLICATIONS

The most common application of forensic dentistry is the identification of accident victims, many of whom are not recognizable by the usual means, i.e. fingerprints, photos, etc. These are victims of fires, drownings, air disasters or severe automobile accidents. (See Fig. 1).¹

A less common aspect of forensic dentistry relates to bite mark analysis. Rape, homicide and infanticide victims are frequently bitten by their assailants and a highly scientific analysis of the skin indentations of these bits can often aid in the apprehension and conviction

of the perpetrators of these crimes. (See Fig. 2).² In fact, rape convictions have been won in court thanks to expert evidence provided by trained forensic odontologists.

There are many important reasons for wanting to positively identify a person and these are discussed under legal and social aspects.

1. LEGAL ASPECTS

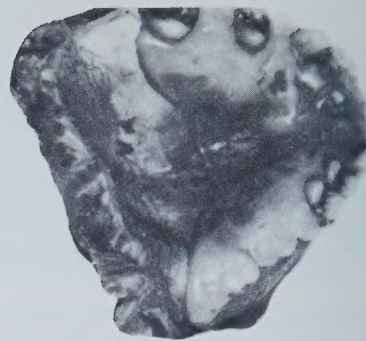
- a. Wills,
- b. Estate settlements,
- c. Pensions,
- d. Dependent support — Welfare,

- e. Insurance, and
- f. Justice.

Factors a. to e. require that a positive identification is made before an individual is assumed to have died. Otherwise, there may be many economic hardships to survivors, and ongoing legal battles until a suspected death is confirmed.

Homicide victims are often badly disfigured to prevent their identity from being known. Forensic dentistry can provide a valuable service to legal authorities by identifying such victims and adding evidence.

CAN YOU IDENTIFY THIS DENTITION?



No. 14 Police Station,
150 Harrison Street
Toronto 3, Ontario.
August 23rd, 1971.

Dr. James D. Purves,
Dental Surgeon,
170 St. George Street,
Toronto 5, Ontario.

Sir,

Further to our conversation of August 18th regarding attempts to identify the unknown male recovered from Lake Ontario, on August 3rd, 1971, in the vicinity of Strachan Avenue. I enclose photographs and negatives of the teeth of the deceased for you to enter in the Dental Journal.

The body is described as Male/White, approximately 125 lbs., 5'7", thirty to forty years old and wearing a Timex Electric Watch. Our Occurrence No. 111316/71.

James Colin Woodcock P/Det 175.



329

JODA Vol. 48, No. 11, November 1971

Figure 1 — Typical request made by police to the dental profession to aid in the identification of a body, in this case, a body found in Lake Ontario. Published in the Journal of the Ontario Dental Association, Nov. 71, by Toronto Police Dept.

2. SOCIAL ASPECTS

Relatives of accident victims are very distraught until positive body identification is established. They may know the relative is dead, but by nature, harbour a nagging doubt and will go to no end to identify human remains to satisfy their consciences. There are actual cases of relatives identifying complete strangers in morgues as being their kin. Forensic dentistry can, in these cases, provide a great social service to the survivors. On a broader scale, public interest runs high in the disappearance of noted or notorious individuals. Will they ever be found, dead or alive? Again, forensic dentistry could provide the evidence to solve such "mysteries".

METHODS OF MAKING IDENTIFICATION

1. LEAST RELIABLE METHODS

- a. Recognition by friends and relatives;
- b. Clothing;
- c. Personal effects (rings, watches, etc.);
- d. Photographs;
- e. Description of expected findings, i.e. moles, scars, tatoos, etc.

While the above criteria may aid in identification, they cannot in themselves provide accurate enough information. Also, due to severe mutilation of bodies, or loss of clothing or personal effects, identifying marks or items may not even be found.

2. SCIENTIFIC METHODS

- a. Fingerprints
While fingerprints are entirely specific to an individual, many persons have never been fingerprinted, and those who have, may have had their actual fingerprints destroyed by fire or laceration in accidents.
- b. Skeletal analysis
Examinations of skeletons can usually indicate the approximate age, race and sex

of the individual, but lack individual characteristics which could make an identification possible.

- c. Hair analysis
- d. Serological analysis
- e. Radiographic analysis
These fields (c.-e.) can also provide information which may include or exclude possible victims by determination of blood groups, identification of skeletal deformities, surgical prostheses, hair colour, etc. But again, positive identification is difficult due to a lack of specific characteristics.
- f. Dental examination

Dental examination of full arches can usually determine approximate age, sex and race, and, in some cases, nationality based on general morphologic characteristics and type of dental treatment rendered. Of course, with a complete antemortem dental record including radiographs, a dental examination can be as specific as a fingerprint analysis.

Dental identification in mass casualty disasters such as air crashes is quite often the only method used. More and more bodies are being identified today through dental



VANCOUVER POLICE DEPARTMENT

\$1000

REWARD

\$1000

INFORMATION RE MURDER

To the Dentists of Ontario:

In mid July of this year a young woman was raped and murdered in this city. Examination of the body has revealed a number of teeth marks on the left breast. With the assistance of Dr. D.J. Yeo of the Faculty of Dentistry of the University of British Columbia, we have been able to have made up several sets of dental structures with accompanying description.

There is certain evidence before us that the person responsible may have come from the Kingston Ontario area. We are, therefore, sending pictures of these "mock-ups" to all dentists in that area and request that you check your files in an effort to locate anyone with similar dental structure.

Please address any reply to: The Chief Constable,
Vancouver Police Department,
Public Safety Building,
312 Main Street,
Vancouver 4, B.C.

Your assistance in this matter will be appreciated.

SUBJECT



For an enlarged photograph of tooth marks left on a female breast we have attempted to duplicate the tooth arrangement indentations or readily discernible bruises — only faint marks and consequently they don't show too well on the photograph. Because it is difficult to establish exactly in which direction the bite was taken, three or more different arrangements of teeth are possible. They are as follows:

311

JODA Vol. 48, No. 10, October 1971

Figure 2 — In this case, impressions were taken of the bite marks which suggested possible tooth arrangements which could have produced such a mark. (JODA Oct 71)

records, which points to the importance of forensic dentistry.

ROLE OF THE DENTIST IN MASS CASUALTY SITUATIONS

The ideal dental disaster team would have three dentists and two or three assistants, either dental, or experienced police officers. The team would accept the specimens delivered by the investigation team and organize, examine and chart the dental findings. The four functions of the team then are:

1. Examination of dental specimens;
2. Recording post-mortem findings;
3. Securing ante-mortem records of victims; and
4. Comparing records and making positive identification, if possible.

CFDS — ITS ROLE IN FORENSIC DENTISTRY

Experience has shown that the greatest difficulty in dental identification lies in the lack of accurate and up-to-date dental records. This applies more generally to a civilian dental practice as there is a great variation in the records kept, and in the design and methods of recording information. In the CFDS, we have a uniform record system and charting procedure, and a staff all "speaking the same language". However, a glance at most records in our files will reveal how inadequate they would be if they were to be used for identification.

It is the feeling of this author that we can best prepare our system on two levels:

1. Regular clinical upkeep of our records; and
2. Formal preparation and organization of dental disaster teams and more training of CFDS personnel to assist military or civilian authorities if called upon to do so.

RECOMMENDATIONS FOR CLINICAL RECORD UPDATE

1. Annual update of all charts; an ideal time would be the Phase I recall appointment

2. Accurate description of all restorations and prostheses.

This requires that Section 3, page 2 of CF 525, Dental Record, "the working chart", be updated to show all existing restorations, and NOT just the ones we are placing. We must be sure to differentiate between an MO plus a buccal amalgam versus an MOB (i.e. MO including mesial-buccal cusp) and indicate the material used. Also we should indicate all missing, malposed and unerupted teeth and describe the type of prosthesis indicating whether it is acrylic, Ticonium, etc.

The written record (section 4 of page 2 of CF 525) should describe the numbers and locations of pins, the type of root canal filling material used, and any pertinent information which would add specific identifying characteristics.

3. All radiographs to be named and dated

How many times have we reached into a dental envelope groping in vain for some bitewings only to find a brown envelope with no name, no date, or nothing written on it? Fortunately, most often this is not the case, however, again we require some further organization. All bitewings should be mounted, with the patient's name, rank, SIN and date on the plastic mount. Single films should be sealed in the small X-ray envelopes with full written particulars on the outside. The Panorex is very useful in forensic dentistry. It would be advantageous for every patient to have one taken every ten years, with proper identification on it.

4. Personal identification of all removable prostheses

The edentulous or partially edentulous patient poses problems due to a lack of teeth with which to identify him or her. There are a number of ways to easily mark full dentures and most long span partials. Fortunately, the CFDS have adopted a method in use now and which is described by Cragg in CFDS Quarterly (Vol. 17 no. 2). For short span Ticonium partial dentures, the author has found it easy

to engrave the SIN on the lingual or palatal surface of frameworks with a No. 2 round high-speed bur. There are no sharp tags to cause tissue irritation, and this method works well. It should be added that most patients are very receptive to having their dentures identified.

CHARTS STAMPED

The author suggests the following procedure which could be easily employed and serve as a reminder to ensure regular updating of the charts. It requires the use of two rubber stamps to draw attention to the need to record all pertinent data. A copy of the rubber stamps designed by the author is included as an example of the notation that can be inserted in the Clinical Notes Section of page 2 of CF 525 (See Fig 3 & 4). The Forensic Check Stamp could be updated annually by using a pencil and serve as a reminder to complete the chart each visit. It would also indicate which radiographs should be found with the chart. The Prosthetics Identification Stamp has space to describe the type of prosthesis and method of identification.*

SUMMARY

This paper presented the subject of forensic dentistry by demonstrating its general applications to society and the dental profession. Specific reference to the CFDS was made to suggest changes in present clinical practice which would create a greater awareness of forensic dentistry in all members of the CFDS. The net result would be a more informed staff and a better response to the needs of forensic dentistry.

REFERENCES

1. JODA Vol. 48, No. 11, Nov. 71, pg. 329
2. JODA Vol. 48, No. 10, Oct. 71, pg. 311
3. Handbook for Dental Identification, Lester L. Luntz, Lippincott, 1972.
4. Forensic Dentistry Course, Armed Forces Institute of Pathology, Washington, D.C., Oct. 75.

***Note from the Editor:** The suggestions made by the author do not reflect present CFDS policies.

KOREA - Twenty five years after



*Colonel J.M. Donely**

To commemorate the 25th Anniversary of the Korean Armistice and to pay homage to the Canadian Korean War Dead, the Department of Veterans Affairs organized a pilgrimage to Japan and Korea during July of this past summer.

Headed by the Honourable Daniel J. MacDonald, Minister of Veterans Affairs, the senior party included his Deputy Minister, the three Commanders of the 25th Canadian Infantry Brigade Group, General J.V. Allard, Major-Generals J.M. Rockingham and M.P. Bogart, and one of the Royal Canadian Navy Squadron Commanders, Rear Admiral J.A. Charles, plus the President of the Royal Canadian Legion and the heads of various other veterans' organizations. In the main body were representatives of the RCN, RCAF and each Corps, Regiment and Battalion which served in the theatre from 1950 to 1953. I had the privilege to represent the Royal Canadian Dental Corps.

*Colonel J.M. Donely, presently Director of Dental Treatment Services at NDHQ, served in Korea from April 1951 to May 1952 as dental officer to the 2nd Bn The Royal Canadian Regiment.

It all began the afternoon of Thursday, the 20th of July, as Korean veterans from every part of the country began arriving at Vancouver's Bayshore Inn. That evening, personal administrative instructions and special passports were issued. The next morning a general briefing was held for all participants and the party emplaned via Canadian Pacific Airlines for Tokyo at 1400 hours. Although the flight was approximately nine hours in length, we arrived at the Tokyo New International Airport (Narita) at 1500 hours, Sunday the 22nd of July. Our accommodation had been arranged for the next three days at the Tokyo Prince Hotel.

Aside from several briefings and a reception at the Canadian Embassy, the next two days were virtually free of official duties to allow our recuperation from "jet lag". Most spent the time sightseeing in this city of more than 12 million people. Although shopping was originally a prime objective, the prices of even tax free goods discouraged purchasing much but simple mementos. The products for which Japan is world renowned, such as cameras, watches, stereos and electronic equipment, are comparably priced if not more expensive than at home.

On Tuesday the 25th of July, we travelled by bus to the Yokohama Commonwealth War Cemetery where two services were held. The first at the World War II Plot honoured the Canadian War Dead of Hong Kong and the second, our Korean War Dead, who were buried in Japan. These services and, indeed, the services throughout the tour followed the typical Remembrance Day format. Officiating were Major Jim MacIntosh, Protestant Chaplain, and Capt (Ret'd) John Ruth, Roman Catholic Chaplain. Eulogies were given and wreaths were laid by the Minister and the heads of the various veterans' organizations. Incidentally, temperatures during these services and for the duration of

our pilgrimage hovered between 37° and 40° Celsius.

Early the next morning we departed from Haneda Airport for Osaka and thence Pusan via Japan Airlines arriving there at 1100 hours. Here we were met by a guard of honour of the Korean Army and an escort of armed Korean military police which was to accompany us throughout our stay in this country.

Little is to be recognized of the old Pusan. It is now a thriving city of two and a half million complete with a centre core of high rises and modern beach hotels. The only familiar aspect from the past was the pervading odour of "Kimshe".

On Thursday morning a most impressive ceremony was held at the beautiful United Nations Memorial Cemetery located in a suburb of Pusan. The cemetery overlooks rice paddies and a peaceful seascape. More than 10,000 trees and shrubs donated by many countries have been planted to enhance the beauty of the site. Here lie 2,267 United Nations servicemen (including 378 Canadians) who, unlike the Americans, were buried in Korea. Sixteen Canadians, who have no known grave, are listed on the bronze plaques of the Memorial. The Republic of Korea has granted the land to the United Nations in perpetuity as a tribute to all those who had laid down their lives in defence of that country. A Korean military band, an honour guard plus Korean veterans officials and high ranking Korean military officers were in attendance which added greatly to this, the largest and most formal of all the services.

That afternoon we proceeded to Seoul via two somewhat weary looking Korean Air Force DC6Bs. The drive from the airport to downtown Seoul was one of the highlights of our travels. This city of seven million is rapidly assuming the appearance of a modern western city with literally

hundreds of high rise apartment blocks in the suburbs and a downtown core of modern hotels, government buildings and department stores. The advancement is phenomenal. One senior US army officer in conversation commented that "these people make even the Japanese look lazy".

During the evening, the Canadian delegation was hosted at a banquet by the Korean Veterans Association.

We departed from Seoul by bus on Friday morning (the 28th of July) for Naechon to visit the PPCLI Memorial to the Battle of Kapyong. This one and a half hour drive gave us the opportunity to compare the rural areas with our remembrances of over 25 years. The majority of the roads are now paved. The countryside is dotted with small villages tucked neatly into the hillsides. The land is well cultivated with verdant rice paddies and the hills have generally all been reforested. The final few miles to the Memorial, however, brought back many memories — the road here was unpaved, rock-strewn and visibility, due to dust, was about one bus length.

The PPCLI Memorial lies deep in the countryside along the shore of Kapyong River and in sight of the Pats' old position on Hill 677. Most touching was our reception by several hundred uniformed school children waving Canadian flags which they had hand painted. Major-General Rockingham gave a short address and Major Pat Tighe, the DCO of 2 PPCLI during the engagement, laid a wreath on behalf of his Regiment.

Later in the day, another service was held in the town of Kapyong where the Commonwealth Memorial is located. That evening a reception in our honour was given at the residence of the Canadian Ambassador and hosted during his absence by the Chargé d'Affaires.

The next morning (Saturday 29th of July) a very detailed briefing on the present military situation and climate was given by senior American staff officers at the UN Command Headquarters in Seoul. In the

afternoon, we travelled approximately 50km to the Joint Security Area at Panmunjom. Following a further briefing, we were escorted by members of the special US Army detachment to the Conference Building and a tour of the UN positions in the Security Area. In the Conference Building, a line bisects the centre of the green felt covered conference table putting the Communist side in North Korea and the UN Command in the Republic of Korea. This is the only location where UN personnel and visitors may cross the line and then, naturally, only when delegates are not in session.

Later we proceeded to the Song Hak Observation Post in the demilitarized zone along the 38th parallel. Following a detailed military SITREP by officers of the 1st Korean Division, we had an opportunity with 20 power binoculars to survey the North Korean positions and the general landmarks of the area.

Members of the Korean Army live almost continually in the line and units are rotated to new positions annually. They are in a constant state of readiness — listening posts are manned, observers are posted and heavy weapons are in place. Elaborate tank traps are everywhere. Ammunition and supplies are stocked ready for use. Training is constant, never far from the battle positions and periodic exercises test the ROK

Army's ability to carry out its battle plans.

On Sunday the 30th of July, we departed Seoul by Cathay Pacific for Tokyo to make connections that evening for Vancouver. Due to a computer error, the aircraft was overbooked and our group had been deleted from the manifest. This necessitated a further stay in Tokyo of two days at the Imperial Hotel. Although one might consider this as "icing on the cake", our funds and clothing had been budgetted for an earlier return and with the dollar plummeting on the Exchange, we could not really exploit the situation to the fullest.

Finally at 1100 hours on Tuesday the first of August, the group arrived in Vancouver and dispersed for home.

This pilgrimage was a tremendous personal experience albeit at times a very sombre and moving one. It provided the opportunity to renew some old friendships, make some new acquaintances and swap "war stories". But above all, it gave us an opportunity to remember an almost destitute war-torn land and compare it to this new and vital nation which, nevertheless, after twenty-five years still lives under a constant threat of aggression.



MGen (ret'd) J.M. Rockingham addressing the veterans group and Korean hosts at the PPCLI Memorial at Naechon. The lower levels of hill 677 are in the left background.

CASE REPORT

INTRADERMAL NEVUS

A nevus, or common mole, is a lesion of the skin or mucous membrane containing varying degrees of melanin pigmentation. Nevi occur in almost everyone with most individuals having several, or even dozens, scattered over their bodies. Most commonly, they occur early in life (they are often congenital) grow to a certain size and then remain static for the rest of the individual's life. Size of the lesion varies greatly from individual to individual and from lesion to lesion. Some nevi are less than a millimeter in diameter while others can measure ten centimeters or even more. In rare cases, a single nevus may involve a very large surface area.

INTRAORAL CLINICAL FEATURES

Nevi can and do occur in the oral cavity. They may occur at any site but according to Shafer Hine and Levy³ they occur most frequently on the gingiva, lips and palate. The lesions are always well circumscribed and are usually pigmented. Occasionally they may lack pigmentation and so may be of the same color as normal mucosa, or

gingiva. Lesions may be flat or raised, and the surface may be smooth or "wart-like".

HISTOPATHOLOGY

Nevus cells are large with a single ovoid nucleus. The cytoplasm is pale and usually contains granules of melanin pigment. In those cases where the cells lack pigment, diagnosis may be more difficult. The cells themselves are grouped in cords or sheets, which then occur as small islands separated by connective tissue.

According to their historical picture, nevi may be grouped as follows:

THE INTRADERMAL NEVUS is the most common type. It is characterized by clumps of neval cells which are confined to the dermis. The cells are clearly separated from the overlying epithelium by a band of connective tissue.

In the **JUNCTIONAL NEVUS**, clumps of loose neval cells occur in the basal layer of the epidermis. Cells of the nevus are not clearly



Major W.A. Maillet B.Sc., DDS.

separated from the overlying epithelium. In fact, the two cell types appear to blend together.

The **COMPOUND NEVUS** is a combination of the intradermal and junctional types. Neval cells occur in both the dermis and basal layers of the epidermis. Furthermore there is no clear separation between the neval cells and the cells of the epithelium.

The **BLUE NEVUS** is usually congenital. It is a heavily pigmented lesion varying in color from brown to blue or bluish black. In this case, the lesion is comprised of bundles of deeply pigmented, elongated cells occurring deep within the dermis.

Although the intradermal and blue types of nevi are benign and harmless, such is not the case with the junctional and compound types. All authors agree that these latter types, frequently undergo transformation into malignant melanoma.

CASE REPORT

A 23 year old white male presented with a gingival lesion between the maxillary right central and lateral incisors. (See accompanying photograph.) The lesion had been first noticed approximately six months previous to the dental appointment. It was well circumscribed, approximately 3 1/2 mm in diameter, raised with a sessile base.



It was pink in color, firm in consistency, and it had a rough, multi-folded surface. There was no evidence of ulceration or bleeding tendency, and no history of pain.

Radiographic examination of the area provided nothing of significance. The remaining examination and medical history were non-contributory.

Excisional biopsy was performed under local anesthetic and the specimen, measuring 8.0 x 10.0 x 6.0 mm was submitted for histopathological examination. A provisional diagnosis of papilloma was made.

Healing was uneventful and there was no evidence of recurrence of the lesion after six months.

PATHOLOGIST'S REPORT⁴

The section showed a wedge of gingival mucosa, in one area of

which there was a papillary formation with some acanthosis of the epithelium. In the lamina propria, there were clusters of polygonal cells arranged in sheets. There was no pigmentation between the cells and there was no intracytoplasmic pigment visible within the cells. The cells had bland nuclei and were reminiscent of nevus cells. The appearances were therefore compatible with an Intradermal type of Nevus. Excision appeared complete.

DISCUSSION

A case of an Intradermal Nevus has been presented. This lesion is one of the most common skin lesions and is a benign entity. Clinically, the intradermal nevus is indistinguishable from the junctional and compound nevi, which often undergo malignant change. For this reason, it is important to remove any mole which has suddenly increased

in size and/or pigmentation (the first signs of malignant change), or any mole which has ulcerated without apparent cause. It is also probably wise to excise any mole whose location subjects it to chronic irritation or trauma.

REFERENCES

1. Anderson and Scott, "Synopsis of Pathology", C.V. Mosby Co., 1976
2. Colby, Kerr and Robinson, "Color Atlas of Oral Pathology", J.B. Lippincott Co., 1971
3. Shafer, Hine and Levy, "A Textbook of Oral Pathology", W.B. Saunders Co., 1969
4. Pathology Report: 130-8170 (Code 7), Canadian Forces Hospital (Hfx)
5. Kerr, Ash and Millard, "Oral Diagnosis", C.V. Mosby Co., 1970

FROM THE EDITOR

This edition of the Canadian Forces Dental Services Newsbulletin has been delayed at various stages of production for many months because of financial restraints. Consequently some of the articles are a little dated but their content is still considered to be of interest to our readers.

For instance, BGen Kearney has held his appointment of Colonel Commandant for almost two years now, and many of us already have had the pleasure of speaking with him at several functions which he has attended in his official capacity.

LCol McCallum, whose article on Forensic Dentistry appears here, is now practising Oral Surgery in Peterborough, Ontario. LCol Harreman who also took his release from the service, currently practises Oral Surgery in Victoria, B.C. and his article, "The Sick Lip", is long overdue for publication.

Two other contributors to this Bulletin have also left the Forces for civilian practice, they are Maj W. Maillet and Capt D.E. Rawson.

Many thanks are extended to all contributors who make the publication of this Bulletin possible. Attempts are being made to produce a professional bulletin on a regular basis.

Post Graduate Training and Specialist Status

An important aim of the CFDS is to provide a broad range of dental care for a maximum number of Canadian Forces members. Post graduate specialty training is one of the means which aids the Canadian Forces Dental Officers in performing that objective.

CFDS specialists serve as consultants; for treatment referrals; as instructors for other dental officers and dental tradesmen; and are a resource which serves to maintain standards and current practice policy.

The availability of specialty training serves both as an incentive for dental officer enrolment and retention; and as a means of maintaining credibility both within military services and with civilian counterparts.

The following table is a summary of specialist status in the CFDS effective 21 Feb 80.

Discipline	Est.	Trained	Now Training	Commence 1980	Proposed 1981
General Dentistry	15	LCol Bourget (Winnipeg) LCol Budzinski (Gagetown) LCol Foley (Trenton) LCol Gunther (Cornwallis) Maj Ames (Calgary) Maj Bouris (CFDSS) Maj Woodworth (Kingston) Maj MacInnis (Halifax) Maj Hansen (Comox)	Maj Lemieux (80) Fort Hood Texas Maj Levy (80) Fort Hood Texas Maj Wiseman University of S. Caroline	Maj Hudgins (82) Fort Knox Kentucky (U.S. Army)	2 (?)
Periodontics	6	Col Wright* (CFDSS) LCol Fortier* (NDHQ) LCol Jones (Edmonton) Maj Darlington (Halifax) Maj Hawkins (CFDSS)	Maj Morrow (81) Dalhousie	0	1 (?)
Oral Surgery	5	BGen Thompson* (NDHQ) LCol Amos (Ottawa) LCol MacInnis (Halifax) Maj Nye (Cold Lake)	Maj Chagnon (82) Laval	Maj Bilodeau (83) Fort Sam Houston, Texas (US Army)	0
Public Health	4	LCol Begin* (CO-15) LCol Houde (St Jean) LCol McQueen* (CO-35) LCol Wood* (NDHQ)	Maj Carver (80) U. of Toronto	Maj Pilon (81) U. of Toronto	1 (?)
Prosthodontics	2 (F&R)	LCol Cragg* (CFDSS) LCol Gray (CFDSS)		Maj St. Pierre (82) Fort Bliss, Texas (US Army)	
Orthodontics		LCol Marion (Petawawa) Maj Pinsonneault (Cold Lake)			No longer available in CFDS
Paedodontics		Maj Morley (CFDSS)			No longer available in CFDS

Those names in the table with an asterisk are in Command or staff positions and therefore not available to be fully employed in their specialty.

Five disciplines are currently being offered in CFDS. The disciplines change annually as requirements arise and although the list and proposals are effective 15 Feb 80 it is to be noted that CFDS and CF requirements may change at any time as can the availability of training positions (an example being the loss in 1978 and reinstatement in 1980 of training with US Army).

OFFICIAL CEREMONY OPENS NEW ADDITION TO DENTAL SCHOOL

Capt M.L. Irwin

Thursday, February 14 was an important day for the Canadian Forces Dental Service School at CFB Borden. BGen W.R. Thompson, Director General of Dental Services for the Canadian Forces, assisted by the Base Commander CFB Borden, Commodore W.B. Hotsenpiller, and the Colonel Commandant of CFDS, BGen (Ret'd) B.P. Kearney, opened the new addition to CFDS with an official ribbon-cutting ceremony. The scissors used for the occasion were the same ones used in 1958 for the ribbon cutting at the official opening ceremony for the (then) Royal Canadian Dental Corps School. The name of the School changed to the Canadian Forces Dental Service School in 1969, with the advent of unification. The ceremony had a special significance for BGen (Ret'd) Kearney because he was the first Commandant of the Royal Canadian Dental Corps School when it moved from Ottawa to Camp Borden in 1957.

Construction for the addition to CFDS began in May 1979 and was completed by December 1979. Imaginative design and superior construction have characterized all phases of this project. Although during the construction many patients and CFDS staff may have wondered if they were experiencing dentistry in a war zone, the construction did not seriously disrupt the CFDS commitment to treatment and training. Indeed, only two working days were lost during the entire renovation. This was only possible due to tremendous dedication and flexibility on the part of School staff members.

The additions to CFDS included one classroom; eight new dental operatories; two X-ray bays; a

darkroom; and two offices. Extensive modifications of the existing facility were also completed during the construction. The patient reception area and School orderly room were completely changed. The two classrooms used for laboratory training and dental hygiene training were renovated and modified, and the School library received a face-lift. Other changes included enlargement of the sterilization area and changes in the accommodation of the Standards and Supply sections.

One aspect of the construction we all look forward to at CFDS is our first summer with air conditioning. The latter improvement has been made possible by the installation of a revolutionary heat pump system.

Many individuals and groups must share the credit for the highly successful completion of this new addition. Great cooperation was received from the contractors; on-site foreman Mr. Austin Stillwell of Bentorswell Construction; and from Mr. Ted La Palme, the supervising engineer for Defence Construction Limited. The CFDS Project Coordinator was LCol Bill Gray who was continually aided and assisted by MWO Malcolm Longford, LCol Eric Cragg, Major Mike Bouris, and Captain Frank Reid.

The addition and renovated building will greatly enhance the quality of training and treatment provided at the dental school. It also provides a much improved work environment for all staff members.





1- Col J.N. Wright (far right), the present Commandant of CFDSS, was host to three former Commandants of the Canadian Forces Dental Services School, (L to R) BGen (Ret'd) B.P. Kearney, Colonel Commandant CFDS; Col (Ret'd) Covey; Col L. Richardson.

2- The new reception area at CFDSS is bright and cheery with modern furnishings and appointments.

3- Dental operatories in the new training wing.

4- Officiating at the ribbon-cutting ceremony are, left to right, Commodore Hotsenpillier, BGen Thompson, DGDS and BGen (Ret'd) Kearney.

5- BGen (Ret'd) B.P. Kearney inspects some new dental equipment. Looking on are LCol E. Cragg (left), Chief Instructor CFDSS and LCol B. Gray (right).

Photo Selection of some

RETIREMENTS Over 108 Years Combined Service



Col L.R. Pierce 15 Nov 79



Col D.H. Protheroe 6 Dec 79



Col G. MacDougall 18 Dec 79

38 Years of Service



BGen W.R. Thompson presents a silver tray to departing member Maj Ray Peebles on behalf of Division staff.

Periodontist Retires



Maj André Marcil receives his Certificate of Service from LCol Lanctis.

Over 30 Years as a Dental Assistant



LCol Lanctis looks on as Maj M. Freedman presents Miss Lola Hyndman with a beautiful bouquet of roses on the occasion of her retirement in Dec 79.



Chief Maintenance Technician

CWO E. Everett retired in Annapolis Valley after 29 years of military service.

Happenings in 1979

It is realized that other long serving members retired during 1979, and efforts were made to obtain photos for publication, but to no avail. It is felt that those who are missed will understand, and will be pleased to see some of their friends in this publication.



Distinguished awards

BGen W.R. Thompson, the Director General Dental Services, received National and International recognition, in 1979, for his contributions to the advancement of dentistry. In September, he was presented with an honorary fellowship by the Royal College of Dentists of Canada. In October, at Paris, France, he was presented with a scroll, and an accompanying medal, by the National Council of the Order of Dental Surgeons of France, in recognition of his contribution to international dentistry.

DOTP 79 Awards Presented by DGDS, BGen W.R. Thompson



Phase III honor candidate, 2Lt Harle, receives award.



Phase II honor candidate award presented to 2Lt Cormier.



Field Exercise Award presented to 2Lts Becker and Reid.



DEM Tech Workshop

Front (L—R): WO M.D. Longford, CWO E.M.B. Everett (Chairman), BGen W.R. Thompson DGDS, Capt L.R. Hatcher DDPR—4, MWO E.A. Duve.

Centre (L—R): WO C.J. Beauchamp, Sgt G.J. Gallagher, Sgt J.R. Cornett, Sgt A.M. Wilson, Sgt H.G. Habberjam (Secretary), Sgt L.J. Kallman.

Rear (L—R): WO J.G. Cliche, WO P.E. Harkin, Sgt J.R. Gratton, Sgt D.J. Morphet, Sgt C.C. Shave.

Missing: Col A.G. Taylor DDPR, CWO C. Adams DPCOR/DP.

Dental School Hosts Annual

CAPT M.L. IRWIN



BGen W.R. Thompson, DGDS, throws the first rock, opening the 18th Annual Canadian Forces Dental Services Bonspiel.

On February 14th, 15th, and 16th, the Canadian Forces Dental Services School hosted the 18th Annual Canadian Forces Dental Services Bonspiel. This event is open to all serving and retired or former members of the Canadian Forces Dental Services and Royal Canadian Dental Corps. Approximately 120 curlers gathered from across Canada and from 35 Field Dental Unit in Europe to participate. A "Meet and Greet" was held on the evening of Thursday, 14 February, and old friendships were renewed well into the early morning. Curling began in earnest on Friday at the Circlod Pine and the Anderson Park facilities, with finals in four events taking place Saturday afternoon.



Winners A Event: (Ottawa) L to R – MWO H. King, Sgt B. Banks, Capt K. MacDonald, LCol H. Amos, BGen Thompson congratulates Capt MacDonald.



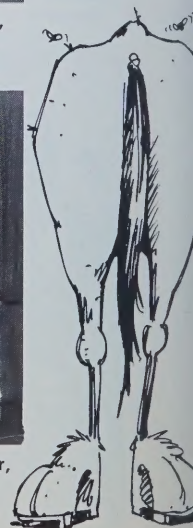
Runner-Up A Event: (11 Dental Unit) Maj K. Hansen, Sgt P. Tweed, Capt C. Sproule, MWO G. Christiansen.



Winners B Event – (14 Dental Unit) MCpl J. Vasic, Maj G. Ames, Col L. Richardson. BGen (ret'd) B.P. Kearney, Colonel Commandant Canadian Forces Dental Services, congratulates winners.



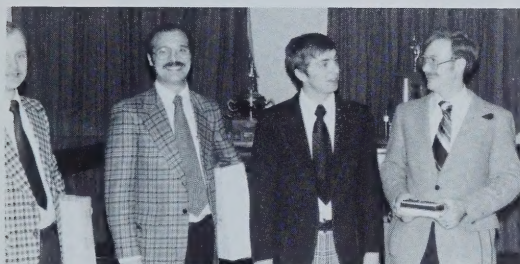
Runner-Up B Event – (CFB Halifax) Capt R. Cormier, Capt WI Garland, LCol E. McInnis, Maj R. Hockney.



al CFDS Bonspiel



Winners C Event: — CWO R. Matheson, MWO H. Ayerst, Sgt A. Lambert, WO J. Brisebois, CWO R. Todd presents the C Event trophy.



Runner-Up C Event — (CFB Moose Jaw)
WO T. Mountain, Sgt D. Bungay, Maj C. Bullock, Capt R. Johnson.



Winners D Event — (CFB Borden) Maj M. Garriott, LCol B. Gray, Col J.N. Wright (LCol E. Cragg missing).
Runner-Up D Event — Mr. R. Tremblay, Mr. B. Goodwin, Mr. E. McFadden, MCpl S. Soloman.



Left: Capt F. Reid accepting a gift of appreciation. **Right:** BGen Thompson addresses the curlers at the wind-up bonspiel.

The Bonspiel concluded with an awards banquet on Saturday evening. Distinguished guests included BGen Thompson, DGDS; BGen (Ret'd) B.P. Kearney, Colonel Commandant CFDS; Col J.N. Wright, Commandant CFDSS; Col L. Richardson, CO 14 Dental Unit; Col A. Taylor, CO 13 Dental Unit; Col H. Brogan, CO 12 Dental Unit; LCol M. Deyette, CO 11 Dental Unit; LCol V. Lanctis, CO 1 Dental Unit; Col F. Begin, CO 15 Dental Unit; LCol P. McQueen, CO 35 Field Dental Unit; and Col M. Denely, DDTS. BGen Thompson addressed the gathering and delivered his annual "State of the Union" message. On behalf of all CFDS curlers he expressed his heart-felt thanks to Major K. Morley and his committee for their fine job in organizing the Bonspiel.

Prizes were awarded to event winners and two special presentations were made. The Rick Johnson rink from CFB Moose Jaw was awarded the "Horse's Head" which is given annually to the individual or group of individuals who demonstrate special desire or ability. The Saskatchewan foursome managed to make it to the Bonspiel even though they were forced to fly Air Canada (at their own expense), because of a Service Air backlog.

In addition, Captain F. Reid was presented a gift of appreciation by Col J.N. Wright, Commandant CFDSS, for his unselfish and dedicated effort in behind-the-scenes organization of the CFDS Bonspiel for the last 10 years.

First Dental Officer to Receive the Order of Military Merit



Colonel Harold William Brogan, CD, 44, of Saint-John, and Fredericton, N.B., was invested in the Order of Military Merit in the Grade of Officer by the Deputy Governor-General, the Right Honourable Bora Laskin, Chief Justice of Canada, during ceremonies in Ottawa 21 May. The Order of Military Merit was established to provide a worthy means of recognizing conspicuous merit and exceptional service by Regular and Reserve members of the Canadian Forces. Col Brogan is Commanding Officer of 12 Dental Unit, Halifax. He has also seen service at the Canadian Forces Dental Service School, and as Commanding Officer of 35 Field Dental Unit, Lahr.

Col Brogan, his wife Elizabeth, and their three sons presently live in Dartmouth, Nova Scotia.

Queen's Honorary Appointments

Honourable J. Gilles Lamontagne, Minister of National Defence, recently announced that Her Majesty, Queen Elizabeth II, has approved Queen's Honorary Dental Surgeon Appointments for Colonels Donely, Richardson, and Wright.



Col J.N. Wright, the Commandant of the Canadian Forces Dental Services School.



Col J.M. Donely, CD, DDS is currently the Director of Dental Treatment Services at NDHQ.



Col L.A. Richardson, CD, DDS is currently the Commanding Officer of 14 Dental Unit in Winnipeg.

DGDS Conference 27 – 29 May 1980





3 1761 08638366 8

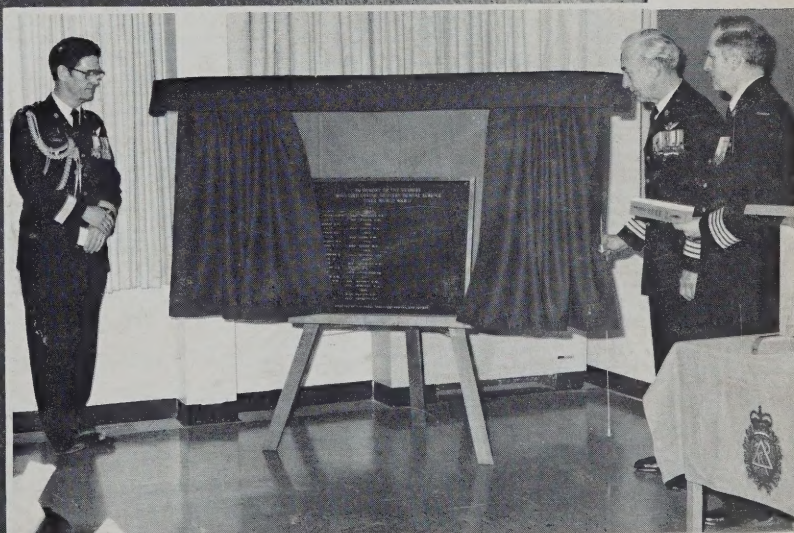


Bulletin du Service Dentaire des Forces Canadiennes

Numéro 1, juin 1980

IN MEMORY OF THE MEMBERS WHO DIED DURING MILITARY DENTAL SERVICE SINCE WORLD WAR II

1949	1964
CPL CHADWICK H.H.	CAPT WOODCOCK O.R.
1952	SGT LILLICO A.D.
MAJ KINNEY R.S.	1966
1955	MAJ OASHIN H.J.
MAJ LANKIN H.S.	1967
1957	MAJ OAZO B.W.
ECOL MACEAN F.J.	1968
SGT GIBSON G.E.	MWO FORTIN R.O.
1959	1969
SGT LAVICTOIRE L.	MAJ LEGENDRE J.R.A.
A/CPL FOSTER J.	1970
1960	SGT CROCKETT M.D.
CAPT MACNEILY J.B.	1971
1961	CAPT MONTGOMERY J.W.
S/SGT CLAYDON R.R.	1973
AWI NEWTON M.H.	SGT BRIGHTY R.O.
1962	CPL MITRIKAS W.J.
SGT FOGO G.A.	1976
1965	ECOL CRAIGIE L.O.
O/CDT WRIGHT B.R.	ECOL REYNOLDS L.A.



ERECTED BY ALL RANKS RCD/CFDS SERVING AND RETIRED

DÉVOILEMENT DE LA PLAQUE COMMÉMORATIVE



Bulletin du SDFC

Numéro 1, juin 1980

Conseil de rédaction

Colonel J.M. Donely
CD, DDS
Lieutenant-Colonel R.A. Fortier
CD, BA, DDS, Dip. Perio
Capitaine D.E. Fraser
CD, BSc

Rédacteurs adjoints

Capitaine M.L. Irwin, BA, DDS
École Dentaire
des Forces Canadiennes
Sergent M. Kent
Unité Dentaire 1
Capitaine C.G. Sproule CD
Unité Dentaire 11
Capitaine (F) J. Sutherland
Unité Dentaire 12
Capitaine P.D. Peterson CD
Unité Dentaire 13
Sergent B.G. Lynn CD
Unité Dentaire 14
Capitaine R. Savoie CD
Unité Dentaire 15
Sergent H.S. Robinson CD
Dépot Dentaire 1
Adjudant P.J. Armstrong
35^e Unité Dentaire de Campagne
Mlle J. Patrick
Nouvelles Générales
Capitaine W.C. Shadt
Sergent H. McRae
Nouvelles de Chypre

Publié avec l'autorisation du Brigadier - général W.R. Thompson CD, QHDS, DDS, FICD. Le Bulletin sert à l'échange d'idées, d'expériences et d'information au sein du Service dentaire des Forces canadiennes. Les opinions exprimées dans le Bulletin sont celles des auteurs. Elles ne sont pas nécessairement partagées par le Directeur général du Service dentaire ou le ministère de la Défense nationale.

COUVERTURE

Cérémonies de consécration de la plaque commémorative.

G à D. Bgen W.R. Thompson, DGSD; Bgen (à la retraite) B.P. Kearney, Colonel Commandant du SDFC; et le Col J.N. Wright, Commandant de l'ESDFC.

DANS LE PRÉSENT NUMÉRO

1. Nouveau Commandant Colonel pour le SDFC
2. Plaque Commémorative à la mémoire des membres du CDRC-SDFC morts depuis la II^{ème} guerre mondiale
4. La Kératose actinique de la lèvre inférieure ou "maladie de la lèvre"
7. Étude d'un cas d'odontologie médico-légale
14. Traitements dentaires en campagne — manœuvre arctique Express
16. Confection d'empreintes pour pivot radiculaire au moyen de Duralay — Étude d'un cas
18. La dentistry médico-légale
21. En Corée — vingt-cinq ans après
23. Étude d'un cas de nevus intradermique
25. Formation supérieure et situation des effectifs de spécialistes
26. Inauguration de la nouvelle aile de l'école dentaire
28. Sélection des photos d'événements en 1979
30. L'école dentaire accueille le tournoi annuel de curling du SDFC

Toute correspondance se rapportant au Bulletin devrait être adressée au:
**Directeur général — Service dentaire,
Quartier général de la Défense nationale,
Ottawa, Ontario, Canada.
K1A 0K2**



Nouveau Commandant Colonel pour le SDFC

Le Brigadier général (à la retraite) Bertram Patrick Kearney, MBE, CD, P, QHDS, DDS, FICD a été nommé Commandant Colonel du Service dentaire des Forces canadiennes pour succéder au Brigadier général (à la retraite) Kenneth Martin Baird, OBE, CD, DDS, FICD. Par cette nomination, le Ministre de la Défense nationale a rallumé la flamme militaire chez un officier dont les aptitudes au commandement, l'exemple personnel et la clairvoyance ont grandement contribué à l'amélioration du Service dentaire des Forces canadiennes.

Né à Galt (Ontario), le Général Kearney obtient son diplôme de chirurgien dentiste à l'Université de Toronto en 1936. Il fait alors son internat d'un an à la Forsyth Dental Infirmary; deux ans plus tard, une bourse de recherche l'amène à la Faculté de Médecine et de dentisterie de l'Université de Rochester, dans l'État de New York.

Le Général Kearney, qui a pris sa retraite en 1970, alors qu'il était Directeur général du Service dentaire, s'engage dans la milice du Canada en 1940. Un mois plus tard, il est muté dans les forces actives au sein desquelles il participe à la deuxième Guerre mondiale au Canada et en Europe. Dès la fin des hostilités il s'engage dans la Force régulière où il passera les vingt-cinq années suivantes de sa vie.

Avant d'être promu DGSD en 1966, le Général Kearney occupe de nombreux postes importants au sein du Corps dentaire: Commandant de la 25ème Unité dentaire de campagne en Corée, Commandant de l'École du Corps dentaire à Borden, Commandant de la 11ème Unité dentaire et dentiste chef du Commandement de l'Ouest à Edmonton. De nombreuses décorations et titres honorifiques lui ont été décernés pendant sa longue carrière: membre de l'Ordre de l'Empire britannique, membre du Collège international des dentistes et Chirurgien Dentiste Honoraire de sa Majesté la Reine.

Après avoir quitté les Forces canadiennes, le Général Kearney avait accepté le poste de Président du Département de dentisterie communautaire de l'Université Dalhousie (Halifax). Il a quitté ce poste en 1975 pour profiter d'une deuxième retraite bien méritée près de Charlottetown, dans l'Île du Prince-Edouard.

Plaque commémorative à la mémoire des membres du CDRC - SDFC morts depuis la IIème guerre mondiale

Le 14 février 1980, une cérémonie tout à fait spéciale s'est déroulée à l'École du Service dentaire des Forces canadiennes. Une plaque commémorative dédiée à la mémoire des membres du Corps dentaire royal canadien/Service dentaire des Forces canadiennes qui sont morts pendant leur service militaire actif depuis la IIème Guerre mondiale a été dévoilée. Le Commodore W.B. Hotsenpiller, Commandant de la BFC Borden, a accueilli environ 150 invités venus de toutes les parties du Canada et d'Europe pour participer à cette cérémonie. Les invités d'honneur à cette manifestation étaient les parents de ceux dont les noms figuraient sur la plaque: Mme Joan Mitrikas, épouse du Cpl Wally Mitrikas, a assisté à la cérémonie avec ses parents M. et Mme Patterson; Mme Elizabeth Gibson, épouse du Sgt G.L. Gibson était également présente avec ses fils Larry et Raymond.

D'éminents invités ont honoré la cérémonie de leur présence, en particulier: le BGen W.R. Thompson Directeur général du Service dentaire; le BGen (à la retraite) B.P. Kearney, Colonel-Commandant du Service dentaire des Forces canadiennes et tous les commandants des unités dentaires du Canada et d'Europe. Le BGen Thompson a expliqué la signification profonde de la plaque et l'a dédiée, au nom de tous les militaires du Corps dentaire royal et du Service dentaire, au Col J.N. Wright, Commandant de l'ESDFC. Le Col Wright a accepté la plaque commémorative qui sera exposée et conservée à l'École dentaire. Le Maj R.S. Wood, aumônier de la base et le Capt P.C. Ouellet ont dirigé les prières de tous les participants. Une réception a suivi à la bibliothèque de l'ESDFC.

Cette cérémonie a été l'aboutissement d'un mouvement qui a été lancé il y a un peu plus d'un an lorsque la nécessité s'est faite sentir de créer un mémorial pour honorer le personnel dentaire mort en service actif depuis la IIème Guerre mondiale. Une plaque honorant la mémoire des membres morts pendant la Ière Guerre mondiale, la IIème Guerre mondiale et le conflit coréen est déjà érigée dans le foyer de l'ESDFC. Un programme de financement du mémorial a été lancé et grâce aux contributions très généreuses des membres en service et à la retraite, les fonds nécessaires ont été recueillis pour permettre la construction de ce monument.

La plaque commémorative a été érigée à l'entrée du foyer principal de l'ESDFC.

Nous reproduisons dans le présent Bulletin le Programme des cérémonies ainsi que l'allocution prononcée par le BGen Thompson à l'intention de tous les membres du CDRC/SDFC, en service et à la retraite, qui n'ont pas été en mesure d'assister aux cérémonies.

PROGRAMME INVOCATION

BIENVENUE: Commodore W.B. Hotsenpiller OMM, Cd, Commandant de la BFC Borden. Le Commodore Hotsenpiller a vanté l'esprit de corps du personnel du SDFC qui fait l'envie de beaucoup de nos collègues des Forces Canadiennes).

ALLOCUTION: du brigadier général W.R. Thompson, CD, QHDS, DDS, FICD, FRCD(C) Directeur général des Services dentaires.

"Nous nous sommes réunis aujourd'hui pour honorer la mémoire

de tous les membres du personnel du CDRC/SDFC qui sont morts pendant leur service au sein de la Force régulière depuis la fin de la deuxième Guerre mondiale.

Je suis très heureux de vous voir réunis ici en si grand nombre et je remercie le général Hotsenpiller, commandant de la base, le général Kearney, notre colonel commandant, les commandants et représentants de toutes les unités dentaires, du 1er Dépôt d'équipement dentaire, de l'Association du CDRC, du personnel à la retraite du CDRC/SDFC et tout particulièrement les parents et représentants de ceux que nous honorons aujourd'hui et qui ont pu se joindre à nous. Je souhaite remercier également tous ceux dont les contributions très généreuses ont rendu ce projet possible et qui, en raison de la distance surtout, ne peuvent participer à ces cérémonies aujourd'hui. Je souhaite également rendre hommage ici aux colonels Bégin et Taylor qui, par leur initiative, leur persévérance et leur dévouement profond sont les premiers responsables du lancement de ce projet. Je souhaite enfin remercier le général Hotsenpiller et la colonel Wright, le commandant de l'École, ainsi que tout le personnel du DGSD et de l'École qui ont si bien su préparer cette cérémonie. La magnifique plaque que nous allons consacrer a été imaginée et exécutée par M.Schwarzkogler d'Ottawa, un artiste très doué qui a déjà eu l'occasion de faire des plaques similaires pour l'École.

Comme la plupart d'entre vous le savez déjà, les membres du personnel dentaire qui sont morts pendant les première et deuxième Guerres mondiales ont déjà été honorés par une magnifique plaque de bronze très impressionnante consacrée

par l'Association du Corps dentaire royal canadien. Cette plaque se trouve à l'entrée principale de l'École où la nouvelle sera également érigée. Celle que nous allons consacrer aujourd'hui honorera non seulement ceux qui sont morts en service depuis la deuxième Guerre mondiale mais aussi tous ceux qui périront à l'avenir.

Parmi le personnel auquel cette plaque est consacrée il y avait pratiquement autant d'officiers que d'hommes de métier: leurs grades, leurs responsabilités et leurs durées de service représentent la plus vaste gamme possible. Certains étaient spécialistes de l'instruction, d'autres avaient des fonctions administratives mais ils étaient tous membres du service dentaire et ils possédaient individuellement et collectivement les grandes qualités et attributs qui, nous l'espérons ardemment, continueront de caractériser tous les membres actuels et futurs du service dentaire.

Nous ne les honorons pas parce que leur contribution a été plus grande que celle de tous ceux qui ont servi au sein du CDRC/SDFC, lors de leurs carrières, hélas, trop brèves. Mais ce qui nous touche, c'est qu'aucun d'eux n'ait été en mesure de pouvoir achever sa tâche et d'observer les résultats à long terme de ses efforts, ni dans la plupart des cas, de satisfaire ses aspirations et atteindre ses objectifs, ni profiter de la retraite vers laquelle ils travaillaient tous. Ils nous ont malheureusement quittés après seulement une partie de ce que la plupart d'entre nous considérons comme une vie normale. Oui, ils nous ont quittés alors que leur avenir était plein de promesses, alors qu'ils étaient en poste un peu partout au Canada et dans le monde.

La plupart d'entre vous en connaissaient un certain nombre personnellement: j'en connaissais pour ma part très bien 16 sur 24. L'amitié que nous éprouvions les uns pour les autres nous a laissé beaucoup de souvenirs, étalés sur de nombreuses années, souvenirs du temps que nous avons passé ensemble en service et pendant nos heures libres, quant tout allait bien mais aussi quand ils étaient déjà malades. Nous avons appris à les connaître, à les respecter et à compter sur eux. Comme vous et moi, ils

souhaitaient avant tout améliorer la qualité des traitements dentaires dispensés au plus grand nombre possible de membres du personnel militaire et mettre au point des procédures novatrices qui nous auraient tous aidés à atteindre cet objectif.

J'espère sincèrement que ceux qui passeront devant cette plaque commémorative pendant leur instruction dans cette École ou que ceux qui viendront y enseigner ou y travailler, y puiseront un sentiment de force et de fierté et qu'elle les aidera à bâtir sur les bases que leurs anciens avaient jetées.

Nous devons toujours nous rappeler que le personnel ne fait pas partie du Service dentaire mais qu'il est le Service dentaire."

PRÉSENTATION DE LA PLAQUE

"En mémoire des membres du Corps dentaire Royal canadien/Service dentaire des Forces canadiennes, et au nom des militaires de tout grade qui les composent, je vous demande d'accepter d'être les gardiens de cette plaque commémorative et d'en prendre soin comme il convient".

DÉVOILEMENT DE LA PLAQUE

— Brigadier général (à la retraite) B.P. Kearney
MBE, CD, DDS, FIDC
Colonel commandant
Service dentaire des Forces canadiennes

ACCEPTATION

— Colonel J.N. Wright
CD, DDS, MScD, FICD
Commandant
École du Service dentaire des Forces canadiennes

"J'accepte cette plaque et le devoir sacré de la protéger avec vénération en l'honneur des services dévoués rendus à leur patrie par ceux dont le nom figure sur cette plaque commémorative et en mémoire desquels elle est aujourd'hui présentée."

CONSÉCRATION

Major R.S. Wood, CD Aumônier
(P) de la base
Capitaine P.C. Ouellet Aumônier
(C)

LECTURE — Psaume 23 (en chœur)

L'Éternel est mon berger: je ne manquerai de rien. Il me fait reposer dans de verts pâturages, Il me dirige près des eaux paisibles. Il restaure mon âme, Il me conduit dans les sentiers de la justice, à cause de son nom.

Quand je marche dans la vallée de l'ombre de la mort, je ne crains aucun mal, car tu es avec moi: ta houlette et ton bâton me rassurent. Tu dresses devant moi une table, en face de mes adversaires; tu oins d'huile ma tête, et ma coupe déborde. Oui, le bonheur et la grâce m'accompagneront tous les jours de ma vie, et j'habiterai dans la maison de l'Éternel jusqu'à la fin de mes jours.

Lecture des Saintes Ecritures
(Jean 12: 23-26)

CONSÉCRATION

"O Dieu Tout Puissant, qui guide tous nos pas, donne-nous la force de consacrer notre vie à notre service pour l'humanité. Que notre dévouement au devoir et aux soins des affligés suive la tradition de ceux qui ont servi avant nous et qui nous ont quittés.

Nous dédions cette plaque à la mémoire de ceux qui sont morts en service pour notre pays et qui nous rappellent que nous devons assumer nos responsabilités.

Nous t'adressons cette prière au nom de Jésus-Christ! Amen."

ACTION DE GRÂCE (en chœur)

"O père, en ce jour de consécration de la vie du service dentaire nous Te remercions de toutes Tes bénédictions.

Soutiens-nous dans les jours à venir et aide-nous à jamais oublier que ce que nous sommes et ce que nous espérons devenir dépendent de Toi. Amen."

BÉNÉDICTION

"Que la bénédiction de Dieu Tout-Puissant, du Père, du Fils et du Saint-Esprit soit sur nous. Amen."

La kératose actinique de la lèvre inférieure ou "maladie de la lèvre"



LCol F.H. Harreman,
CD, BSc, DDS, FRCD(C)*

La "lèvre malade" peut-être caractérisée par une disparition de son rebord vermillon, par l'apparition de plaques décolorées d'un blanc mat — semblables à des lésions — et de zones d'ulcération et d'induration permanentes sèches et d'aspect généralement cuireux (Photo 2). Les facteurs les plus importants qui interviennent dans l'apparition de cet état sont le tabagisme, l'irritation chronique et l'exposition excessive aux rayons du soleil. L'exposition chronique de la lèvre inférieure au rayonnement solaire peut provoquer des modifications de la muqueuse dont la gravité varie depuis la chérite actinique à la leucoplasie et à l'apparition d'un épithéliome malpighien spinocellulaire franc. On peut désigner cette lésion par l'expression kératose actinique (sénile) et cet état est souvent appelé "Peau de

fermier" ou "Peau de marin". La progression jusqu'à l'épithéliome malpighien spinocellulaire peut se produire dans 20 à 30% des cas de kératose actinique.

PRÉSENTATION D'UN CAS

Le patient est un colonel de l'Armée des États-Unis à la retraite, âgé de 82 ans, qui vient faire soigner sa "lèvre malade". Le patient a les yeux bleus et la peau pâle; il a été exposé aux intempéries pendant une grande partie de sa carrière et, de manière générale, il passait beaucoup de temps en plein air. La muqueuse de sa lèvre inférieure est sèche, encroûtée et comporte de nombreuses zones de leucoplasie clinique accompagnées d'une jonction muco-cutanée peu distincte. (Photo 2). L'aspect clinique de la lésion amène à soupçonner une dégénérescence pré-maligne ou maligne. Aucun nodule ne peut-être palpé dans la région sous-maxillaire ou cervicale et le reste des tissus muqueux semblant normaux. La santé de sa denture est remarquable. Il est décidé de procéder à une biopsie par excision de la muqueuse de la lèvre inférieure, procédure parfois décrite par les termes "bandeau de lèvre" ou "vermillionectomy".

Avant l'injection de l'anesthésique local, la partie de la lèvre à exciser est dessinée au bleu de méthylène; elle comprendra tout le

rebord de la lèvre atteint, de la commissure gauche à la commissure droite et, dans la direction buccale, elle s'étendra jusqu'à la "ligne humide". L'anesthésie locale est effectuée par infiltration de xylocaïne à 2% contenant 1:100,000 d'épinéphrine. L'excision est effectuée par incision au moyen d'une lame N° 15 et de ciseaux Dean. Le saignement est endigué par pression et pince hémostatique. Il s'agit d'une incision de pleine peau prolongée jusqu'au muscle (Photo 4). La couture de l'incision est effectuée sans miner la muqueuse buccale, au moyen de sutures éthicon 5(0) (Photo 5). La biopsie est placée dans de la formaline 10% et fait l'objet d'un examen histopathologique (Photo 6). La moitié des sutures sont retirées après 5 jours et le reste après 7 jours.

Le rapport histopathologique identifie la lésion comme étant un épithéliome malpighien spino-cellulaire parfaitement différencié (Photos 7, 8 et 9), le prélèvement étant complètement envahi par une dyskératose généralisée. La région

*Diplômé de l'Université d'Alberta en 1965, le LCol Harreman a fait sa résidence en stomatologie au Centre médical de l'Armée Letterman, à San Francisco, de juin 1971 à juillet 1974.



Dégénérescence modérée de la lèvre chez un homme de race blanche, au teint pâle, âgé de 55 ans. On peut observer la disparition du rebord vermillon.



Dégénérescence généralisée de la muqueuse de la lèvre inférieure chez un homme de race blanche de 82 ans. On peut y noter l'oblitération marquée du bord vermillon de la lèvre et la présence de nombreuses zones leucoplasiques. On peut voir également que la partie inférieure gauche présente une ulcération centrale à pourtour corné et légèrement surélevé. Il y a lieu de soupçonner dans de tels cas une dégénérescence maligne.

traversée par la suture est décrite comme étant un carcinome verruqueux.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La peau et les membranes muqueuses constituent une barrière contre l'environnement extérieur. L'épiderme contient des cellules qui produisent de la kératine et de la mélanine. La mélanine, qui est le principal pigment cutané, agit comme un écran solaire physiologique. Des données cliniques et épidémiologiques confirmées indiquent que l'exposition chronique au rayonnement solaire peut produire une dégénérescence dyskérotosique et maligne chez les sujets susceptibles, surtout chez les individus à peau pâle, bien que l'augmentation de la mélanine pigmentaire ne protège pas entièrement la peau contre les effets carcinogènes des rayons ultra-violet. Il est intéressant d'observer que chez les albinos, dont les mélanocytes ne réussissent pas à produire de la mélanine, l'épithéliome malpighien

spino-cellulaire apparaît souvent à un âge précoce, alors que chez les personnes atteintes de vitiligo, qui est une dépigmentation d'origine incommue, la transformation maligne ne se produit pas.

Environ 95% des épithéliomes épidermoïdes de la lèvre apparaissent sur la lèvre inférieure et le plus souvent chez les sujets à peau claire. L'épithéliome baso-cellulaire apparaît aussi le plus souvent sur les parties de la peau exposées aux rayons du soleil et est plus fréquent lui aussi chez les personnes au teint pâle. Lorsqu'il apparaît sur les lèvres, la lèvre supérieure est cependant plus souvent atteinte que la lèvre inférieure. Il y a lieu de noter que même si la majorité des kératoses actiniques se présentent chez les personnes âgées de plus de 50 ans, cette maladie frappe aussi les jeunes adultes.

PRONOSTIC

Le carcinome verruqueux est de nature exophytique et il tend donc à

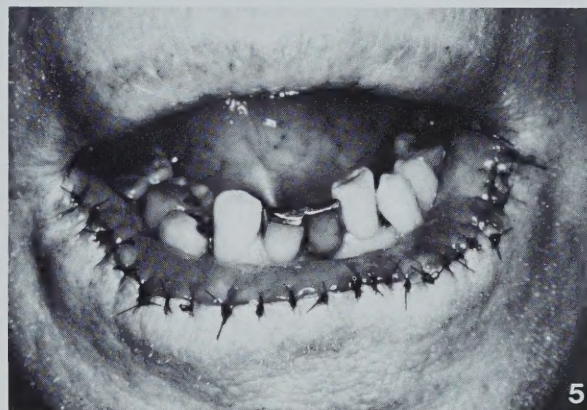
se développer à l'extérieur de la muqueuse. En revanche, l'épithéliome malpighien spino-cellulaire a tendance à envahir les tissus sous-jacents. En général, le pronostic des carcinomes infiltrants est beaucoup moins favorable.



Vue rapprochée de la muqueuse de la partie gauche de la lèvre inférieure — l'examen histologique confirme la présence d'un carcinome verruqueux.



Biopsie par excision de la muqueuse de la lèvre inférieure — Vermillonectomie.



Muqueuse normale suturée au rebord épidermique sans miner la marge de la muqueuse. On peut observer une légère inversion de la lèvre inférieure due à la tension exercée par la muqueuse buccale non affectée.



Prélèvement obtenu par biopsie. La suture délimite le carcinome verruqueux.



Cliché histopathologique d'un carcinome verruqueux.

TRAITEMENT

Le traitement préféré pour ce genre d'affection est la vermillionectomie, parce que l'excision permet au pathologiste d'obtenir une biopsie complète. Si le tableau clinique est très caractéristique de l'épithéliome malpighien spino-cellulaire dans une partie de la lèvre, la procédure peut comporter une résection cunéiforme. Jusqu'à 30% de la masse de la lèvre inférieure peuvent être réséqués sans compromettre une cicatrisation primaire et il est possible d'obtenir un résultat cosmétique satisfaisant. La muqueuse buccale n'est pas minée avant la fermeture de la plaie afin de permettre un légère inversion de la lèvre et la protéger ainsi contre toute future exposition directe. Cette procédure ne doit pas être effectuée par un novice étant donné que le jugement clinique fondé sur l'expérience est indispensable pour déterminer avec toute la précision voulue la largeur des marges chirurgicales.

RAPPEL POST-OPÉRATOIRE

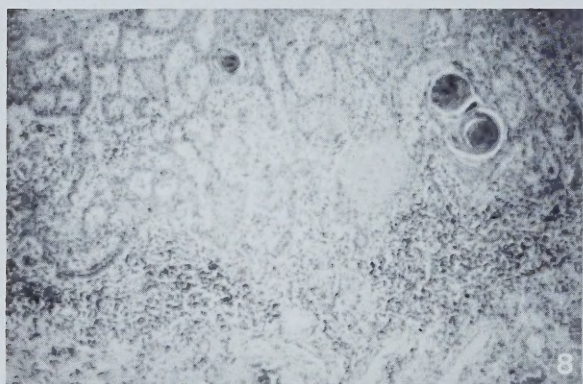
Lorsque le diagnostic histopathologique confirme l'impression clinique d'une kératose actinique ou d'un épithéliome malpighien spino-cellulaire, il est indispensable que le patient soit constamment suivi. Il doit se présenter chez le médecin à intervalles de trois mois, six mois, un an et, si aucune récurrence n'est notée, tous les six mois ou tous les ans par la suite. Il faut lui ordonner d'arrêter de fumer, de protéger sa lèvre au moyen d'un écran solaire (Photo 11) et toute irritation chronique de la muqueuse par les dents ou les dentiers doit être éliminée. Il faut avertir le patient des dangers que présente son exposition totale aux rayons du soleil, étant donné que les parties exposées de sa peau, par exemple le front, les joues, les oreilles, le nez, le cou, le dos des mains, peuvent toutes être atteintes. Le clinicien devrait en fait examiner attentivement toutes les surfaces du corps mentionnées ci-dessus parce qu'il faut toujours envisager l'existence de lésions primaires multiples.

RÉSUMÉ

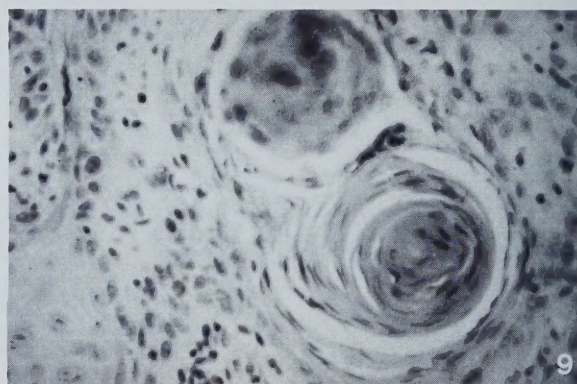
Le présent article d'écrit un cas de kératose actinique de la lèvre inférieure accompagné d'une dégénérescence carcinomateuse et il analyse son traitement. En général, la détection du carcinome de la lèvre est relativement précoce. Le pronostic est le plus souvent excellent si le traitement chirurgical est immédiat et le patient suivi assidûment.

BIBLIOGRAPHIE

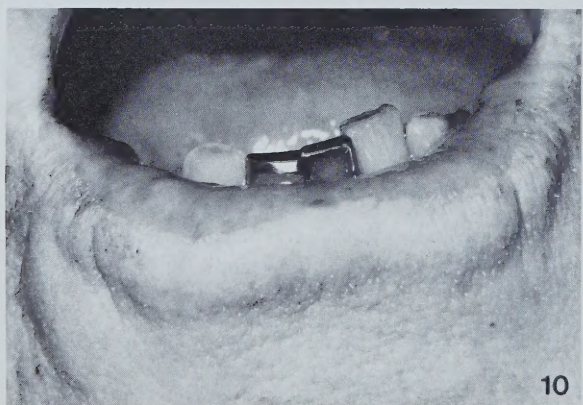
1. Gans, Benjamin J. Atlas of Oral Surgery Ed. 2, Saint Louis, The C.V. Mosby Company, 1972.
2. Scopp, Irwin Walter. Oral Medicine Ed. 2, Saint Louis, The C.V. Mosby Company, 1973.
3. Sauer, Gordon C. Manual of Skin Diseases Ed. 3, Philadelphia, Toronto, J.D. Lippencott Company, 1973.
4. Daniels, Farrington Jr. Diseases Caused or Aggravated by Sunlight. The Medical Clinics of North America Vol. 49. Number 3, May 1965.



Epithéliome baso-cellulaire bien différencié. On peut observer l'invasion du derme et la présence d'une perle épidermique.



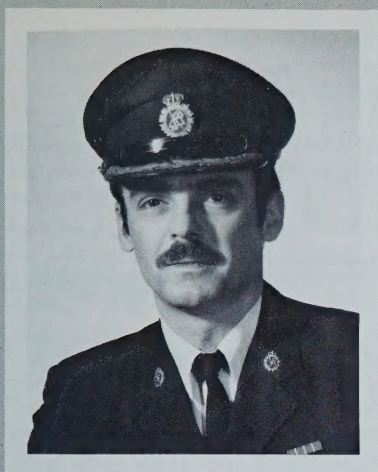
Vue rapprochée de la perle épidermique. Mitose et d'hyperchromatisme y sont visibles.



Même patient que sur la photo 2, un an après l'intervention chirurgicale.



Exemple d'agents anti-actiniques (à base d'acide p-Aminobenzoïque).



L COL McCALLUM*

Étude d'un cas d'odontologie médico-légale

RÉSUMÉ

Étude d'un cas expliquant le rôle de l'auteur dans l'identification de cinq victimes d'un accident d'aviation civile, près de Barrie (Ontario).

Le mercredi 7 septembre 1977, vers 17h30, un avion bimoteur léger transportant cinq passagers percute un pylône de télévision dans la banlieue de Barrie (Ontario). L'avion explose et est entièrement détruit; les cinq passagers meurent sur le coup; les restes de l'avion et des victimes sont éparpillés sur une vaste zone. Les autorités locales isolent immédiatement celle-ci et la ratisent systématiquement pour localiser les corps des victimes. Ceux-ci sont retrouvés relativement intacts mais tellement mutilés et brûlés qu'il est impossible de les identifier immédiatement. Les autorités sont raisonnablement certaines de l'identité de tous les passagers puisque leur nom figure sur le manifeste, mais elles se trouvent dans l'impossibilité de les distinguer les uns des autres. Au moment où il est demandé à l'auteur de participer à leur identification, les dossiers dentaires des cinq victimes présumées ont déjà été obtenus de leurs dentistes respectifs.

À ce stade, le rôle de l'odontologue légiste est d'aider le pathologiste et de recueillir tous les renseignements dentaires pertinents. Un numéro d'identification est affecté à chaque corps et toutes les dents, obturations, caries, etc. . . sont enregistrés avec soin et précision sur une fiche dentaire mise au point par l'auteur. Des radiogra-

phies et photos de toutes les structures dentaires sont prises.

Tous les dossiers dentaires des victimes sont réunis le 9 septembre. Ces dossiers doivent alors être comparés à ceux qui ont été établis par les enquêteurs, pour identifier les similitudes et apparier provisoirement les dossiers. Il est procédé à ce stade à une comparaison plus poussée des dossiers ainsi appariés, qui porte sur la position des obturations, les caries, les dents absentes, etc. . . Cela fait, les détails des radiographies disponibles sont comparés eux aussi: configuration des racines, travées osseuses et obturations (cette comparaison des radiographies aurait en fait permis à elle seule d'identifier positivement quatre des cinq victimes).

Voici le rapport relatif à deux des victimes qui fut remis au médecin légiste chargé de l'enquête.

M. G.A. — Numéro d'identification: 2

Les arcades dentaires retrouvées sont très fragmentées, avec fractures multiples des dents et des obturations. Cependant, les dents retrouvées sont en assez bon état pour permettre d'établir une fiche dentaire complète de la victime. Le dossier dentaire obtenu auprès de son dentiste traitant, le Dr. L. de Sudbury, ne contenait pas de radiographie, mais le Dr. L. se souvient bien du patient et facilite l'identification tant qu'il le peut, notamment en donnant une bonne description de l'arcade dentaire inférieure gauche. Les similitudes avec le dossier fourni par le dentiste et les

*Le LCol McCallum était affecté à l'École du Service dentaire des Forces canadiennes lorsqu'il a écrit cet article. Diplômé de la Faculté de dentisterie de l'Université du Manitoba en 1965, il s'est spécialisé en stomatologie au Centre médical Madigan de l'Armée des États-Unis, de 1971 à 1974. Il a ensuite suivi un cours d'odontologie médico-légale à l'Institut de pathologie des Forces armées américaines, à Washington D.C., en octobre 1975. Depuis, le LCol McCallum a été appelé à diverses reprises à identifier des victimes d'accident par des méthodes relevant de l'odontologie médico-légale. À l'automne 1979 il obtient sa libération des Forces canadiennes et pratique maintenant la stomatologie à Peterborough, Ontario.

conversations avec le Dr. L. permet-
tent d'établir ce qui suit:

- Dent No. 15 - absente
12 - obturations compo-
site mésiale et dis-
tale récentes
11 - obturation compo-
site mésiale
23 - obturation compo-
site mésiale
25 - absente
26 - amalgame mésial
occlusal distal lin-
gual
27 - amalgame mésial
occlusal (contact
ouvert entre les
dents 26 et 27)
36 - amalgame mésial
occlusal distal de
fort volume et amal-
game buccal
35 - amalgame mésial
occlusal distal lin-
gual de fort volume
(3/4 de la cou-
ronne)
45 - amalgame mésial
occlusal distal
46 - amalgame mésial
occlusal distal

En raison des similitudes ci-
dessus, je suis convaincu, même en
l'absence d'une confirmation radio-
graphique, que ces restes sont bien
ceux de M. G.A.

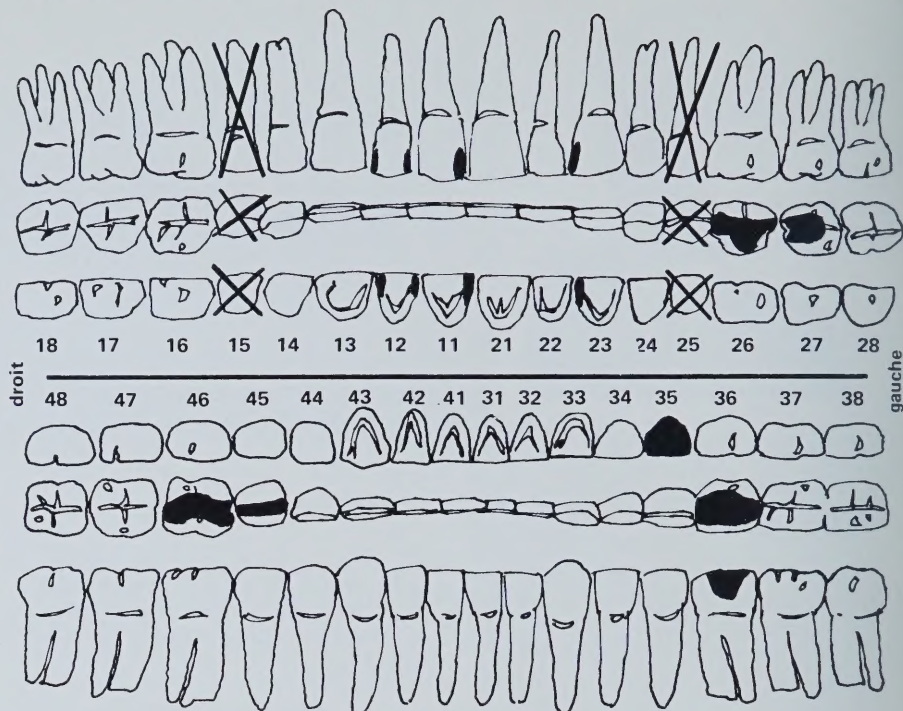
M. R.S.C. — Numéro d'identifica-
tion: 3

Les parties des arcades dentaires
retrouvées ne permettent pas de
faire une bonne comparaison. Un
segment de la tubérosité du maxil-
laire supérieur a été retrouvé déta-
ché du corps de la victime mais il a
pu être confirmé qu'il lui apparte-
nait. Le dossier dentaire de cette
personnel contenait des radiogra-
phies qui ont permis de confirmer
son identité.

Les similitudes avec ce dossier
étaient les suivantes:

- Dent No. 37 - amalgame mésial
occlusal distal
45 - amalgame distal oc-
clusal
46 - amalgame mésial
occlusal

NUMÉRO D'IDENTIFICATION: 2



Décrire complètement tous les appareils prothétiques en indiquant le nom du fabricant des
dents et en signalant toutes marques d'identification qu'il comporte.

CARIES

Entourer toutes les dents cariées et barrer d'un 'X' toutes les dents manquantes

Estimations: Age _____ Sex _____ Race _____

ENTOURER LE TERME APPROPRIÉ

Appareils prothétiques:

Présent _____ Maxilla Dentier complet Dentier partiel Pont fixe

Appareils prothétiques

Présent _____ Mandible Dentier complet Dentier partiel Pont fixe

Taches sur les dents: Claires Modérées Foncées

Rapport entre les maxillaires: Normal Sous-occlusion Sur-occlusion

Etat périodentaire: Excellent Moyen Mauvais Très négligé

Tartre dentaire: Léger Modéré Très épais

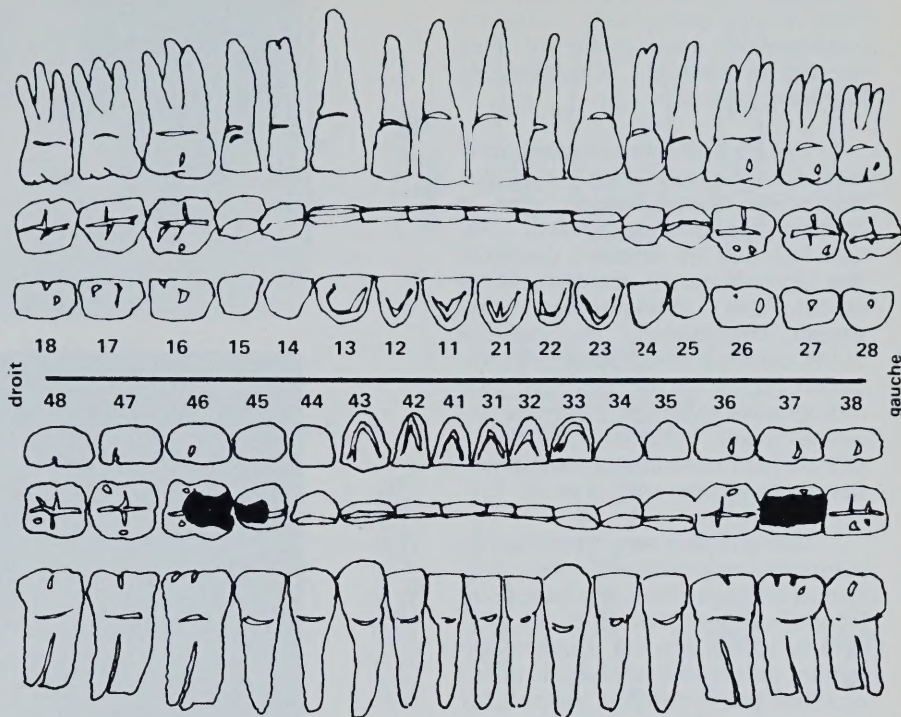
La comparaison des radiographies du quadrant inférieur gauche, et en particulier des obturations des dents 45, 46 et 37, ainsi que la forme de l'os alvéolaire ne permettent guère de douter que les restes retrouvés sont bien ceux de M. R.S.C.

Les rapports qui doivent être remis à un tribunal doivent être très complets et très précis. Le dentiste légiste doit être prêt à prouver sous serment le bien-fondé de ses constatations. Il ne doit donc confirmer une identification que si celle-ci ne fait absolument aucun doute. En revanche, il est tout à fait habilité à donner un avis sur toute identification car, combiné à d'autres indices, cet avis pourra permettre de confirmer une identité.

L'enquête en question fut relativement simple et les restes furent faciles à identifier positivement. Mais ce n'est pas toujours le cas. Il arrive souvent que les dossiers établis par les dentistes traitants soient très incomplets car la plupart n'y enregistrent que le travail qu'ils ont eux-mêmes fait sans y consigner l'état bucco-dentaire initial de leurs patients. A cet égard, les dossiers militaires sont beaucoup plus complets car un tableau bucco-dentaire général des recrues doit être dressé dans la Formule FC 525. Lors de l'enquête sur un homicide récent à laquelle l'auteur fut appelé à participer, les dossiers dentaires de la victime, établis par deux dentistes différents, ne mentionnaient que deux obturations et quatre extractions, mais ne contenaient aucune radiographie. Dans ce cas, l'identification de la victime dû relever dans une grande mesure de la pure conjecture.

Il convient de mentionner ici certains autres aspects de l'enquête sur l'accident d'aviation dont il a été question ci-dessus. Les dossiers obtenus des dentistes étaient certes assez complet, mais les fiches dentaires qu'ils avaient établies contenaient certaines erreurs. Tout d'abord, toutes les reconstitutions n'y étaient pas indiquées, si bien que de nombreuses obturations, etc. . . découvertes pendant l'enquête furent inscrites sur la fiche dentaire établie après l'accident alors qu'elles ne figuraient pas sur celle que les dentistes traitants avaient fournie. Cela n'est pas très

NUMÉRO D'IDENTIFICATION: 3



Décrire complètement tous les appareils prothétiques en indiquant le nom du fabricant des dents et en signalant toutes marques d'identification qu'il comporte.

CARIES

Entourer toutes les dents cariées et barrer d'un 'X' toutes les dents manquantes

Estimations: Age _____ Sex _____ Race _____

ENTOURER LE TERME APPROPRIÉ

Appareils prothétiques:

Présent _____ Maxilla Dentier complet Dentier partiel Pont fixe

Appareils prothétiques

Présent _____ Mandible Dentier complet Dentier partiel Pont fixe

Taches sur les dents: Claires Modérées Foncées

Rapport entre les maxillaires: Normal Sous-occlusion Sur-occlusion

Etat périodentaire: Excellent Moyen Mauvais Très négligé

Tartre dentaire: Léger Modéré Très épais

grave; mais lorsque c'est le contraire qui se produit, il faut réévaluer avec le plus grand soin toutes les constatations pour confirmer, sans le moindre doute, qu'il s'agit bien de la même personne.

Les comparaisons radiographiques sont irremplaçables car en plus de faciliter l'identification, elles la rendent beaucoup plus sûre. Chaque fois que les dossiers dentaires des victimes de cet accident contenaient des radiographies, une simple comparaison de celles-ci aurait permis à elles seules l'identification. Dans un de ces cas, une radiographie avait été prise une semaine avant l'accident et elle a grandement contribué à l'identification de la victime (Fig. 1 et 2).

Même si elles ne portent pas de plaquette signalétique, les prothèses dentaires facilitent beaucoup l'identification. Chez une des personnes tuées dans cet accident, un dentier partiel très particulier, décrit en détail par le dentiste traitant, fut utilisé pour obtenir l'identification positive de son porteur (Fig. 3 et 4).

Dans certains cas, surtout les cas d'homicide, les comparaisons dentaires constituent le seul moyen d'identifier les restes retrouvés; cependant, les victimes sont parfois identifiées provisoirement au moyen de leurs biens personnels, de leurs vêtements, etc. . ou à partir des listes des personnes portées disparues dans la région. Le dentiste légiste doit tenir compte de tous ces éléments pour éviter de se tromper. Des cas d'homicide on été rapportés dans lesquels des innocents ont été poursuivis en justice parce que des dentistes qui n'avaient pas reçu la formation ni acquis l'expérience voulues avaient fait des identifications erronées. L'odontologie médico-légale n'a rien de mystérieux et ne constitue pas non plus des disciplines les plus complexes de la dentisterie, mais le dentiste qui s'y con-

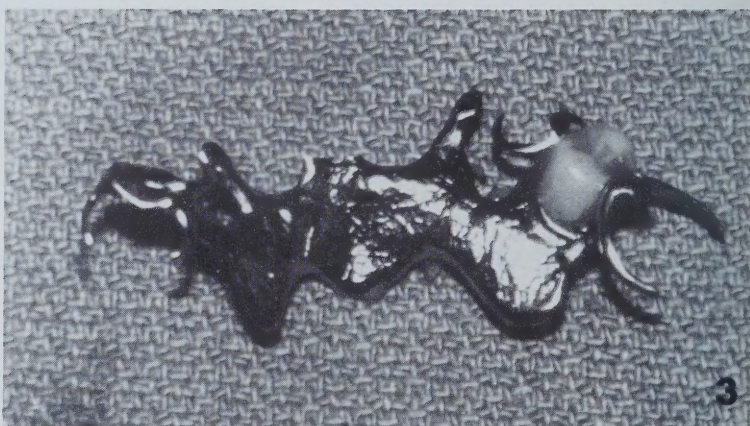
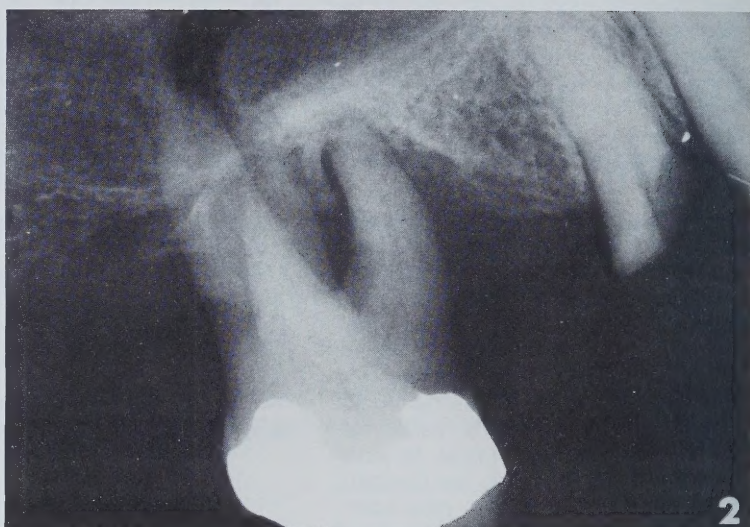


Figure 1: Radiographie prise une semaine avant l'accident

Figure 2: Radiographie de la dent 17 prise après l'accident. On peut y noter la forme de la racine, le niveau de la crête alvéolaire et l'obturation.

Figure 3: Dentier partiel décrit en détail par le dentiste traitant dans le dossier dentaire de la victime.

Figure 4: Dentier partiel, en place, confirmant l'identification.

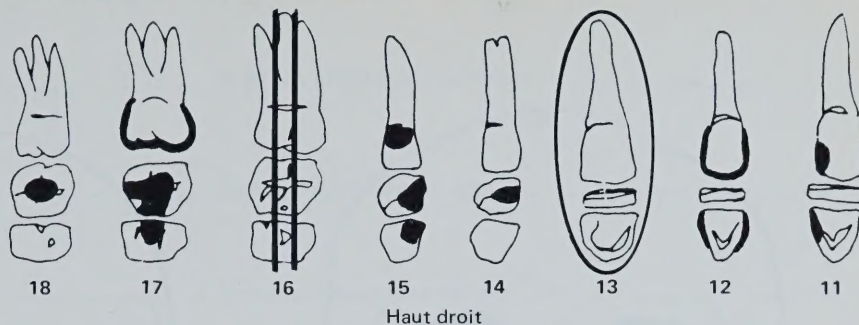
sacre doit faire preuve d'une grande précision dans ses comparaisons et il doit être prêt à défendre ses conclusions devant un tribunal. S'il n'est pas en mesure de le faire, il doit éviter de jouer tout rôle officiel dans cette discipline spécialisée. Mais tout dentiste qui souhaite se spécialiser dans ce domaine peut rendre des services très précieux tant aux autorités militaires que dans les milieux civils. Identification des surfaces des dents: Mésiale:M, Distale:D, Buccale:Bu, Occlusale:O, Linguale:L. Indiquer si les couronnes sont en porcelaine, matière plastique, or massif, plaquées or, ou en métal non précieux.

Inscrire les renseignements sur la fiche dentaire de la Page 3 au-dessus de la dent appropriée. Pour les couronnes en or massif ou en or plaqué, entourer la dent obturée et indiquer que l'or a été utilisé en traçant des lignes verticales parallèles. Pour les couronnes en porcelaine ou les obturations en matière plastique, entourer seulement la dent — et inscrire le type de matériau utilisé. Pour tous les amalgames et métaux non précieux, noircir la dent au crayon (voir exemple ci-contre)

Pour l'établissement de cette fiche, les quadrants sont identifiés en utilisant la numérotation normalisée de la F.D.I.: ils sont numérotés de 1 à 4, en commençant par le quadrant supérieur droit, les dents elles-mêmes étant numérotées à partir de la ligne médiane; par exemple, la première molaire supérieure droite porte le numéro 16 et la canine inférieure gauche le numéro 33.

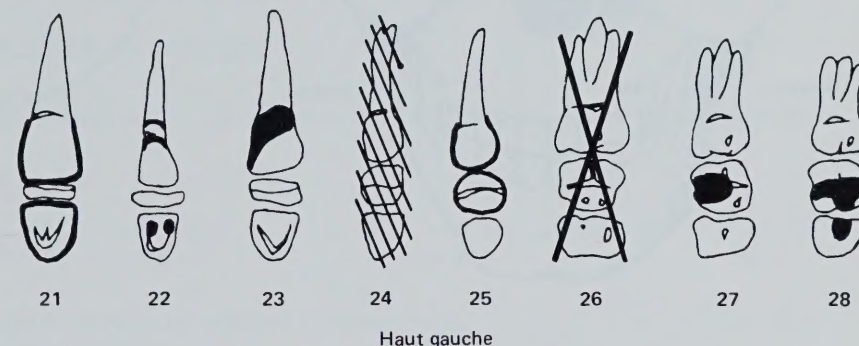
Les dents temporaires sont identifiées de la même manière, mais les quadrants sont numérotés, dans le même ordre que ci-dessus, 5, 6, 7 et 8. Par exemple, la canine inférieure gauche temporaire porte le numéro 73 et l'incisive latérale supérieure droite temporaire porte le numéro (51).

EXEMPLE — ÉTABLISSEMENT DE LA FICHE DENTAIRE



- 18 O-AM
17 DOL-AM; F-AM
16 NON RESTAURABLE
15 F-OR PLAQUE; ML-AM

- 14 MO-AM
13 INCLUDE
12 COUR OR 3/4
11 D-OBT PORC



- 21 COUR PORC
22 F-OBT PORC; L-AM
23 MF-OBT PORC
24 PX-ARRACHEE PAR ACCIDENT

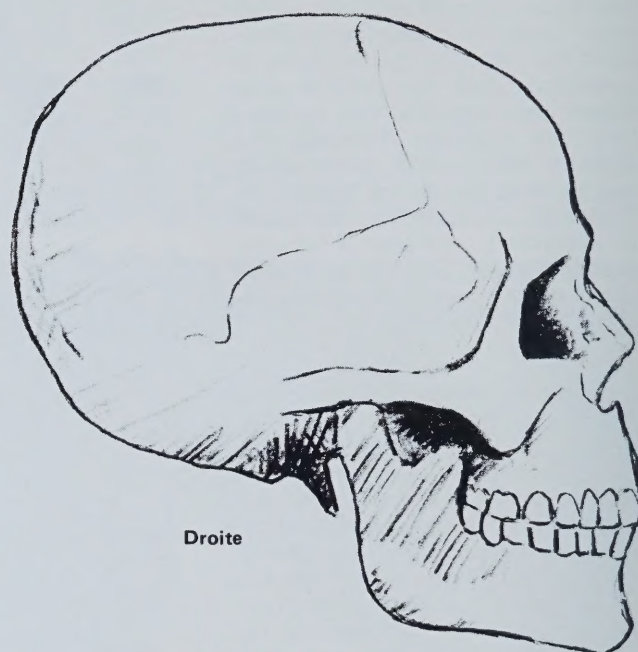
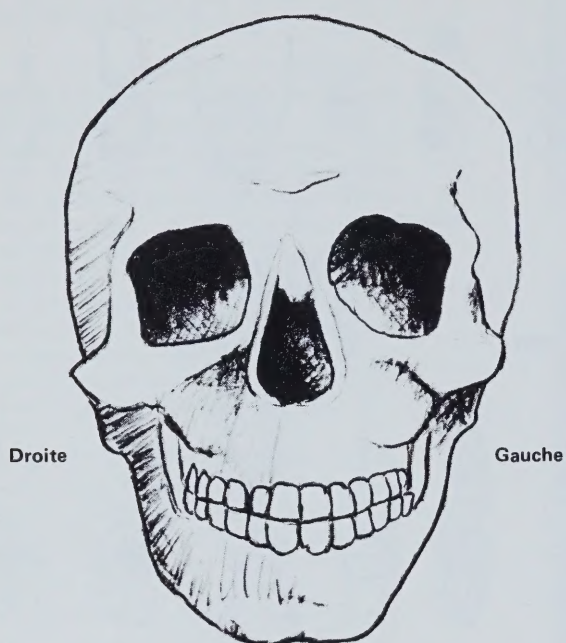
- 25 COUR — OR
26 ABSENTE
27 MO-AM; L-AM
28 MODL-AM

Lorsqu'il a achevé son examen, l'examineur demande à l'assistant de lui relire la fiche à haute voix pour vérifier les indications portées pour chaque dent; il remplit ensuite les cases suivantes en y inscrivant le numéro de la ou des dents appropriées:

Email moucheté	Présence d'un torus
Email fracturé	Alignement irrégulier
Hypoplasie de l'émail	Dents enclavées
Dents fracturées	Obturations inhabituelles
Erosion	Malocclusion
Dents temporaires présentes	Prothèses inhabituelles
Abraison	Malpositions
Espaces interdentaires anormaux	Dents surnuméraires
Espaces interdentaires anormaux	Dents surnuméraires

OBSERVATIONS

CARACTÉRISTIQUES ANATOMIQUES

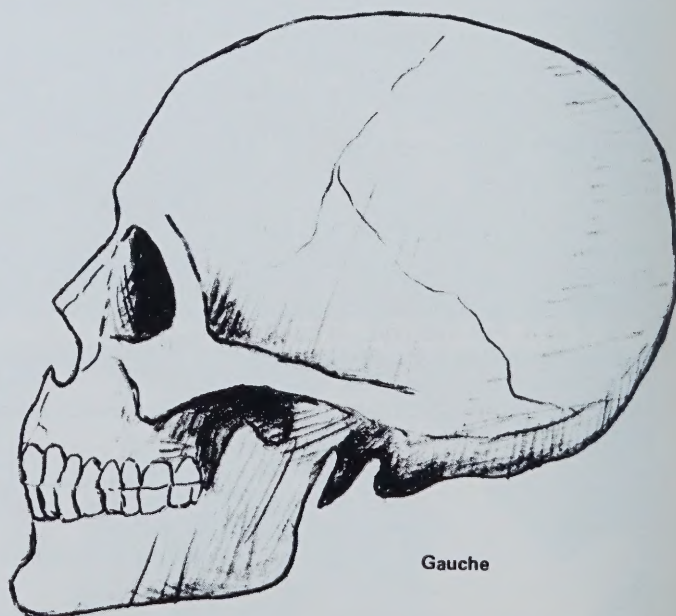
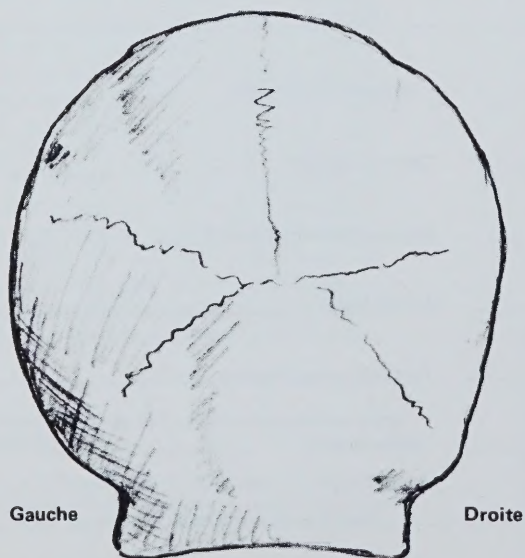


LE CRÂNE EXAMINÉ ÉTAIT-IL INTACT OUI NON

Si certaines parties seulement du crâne étaient disponibles, ombrer celles qui ont été utilisées pour l'identification.

L'examineur veillera à ce que toutes les parties du crâne qu'il a retirées portent une étiquette sur laquelle le numéro d'identification affecté à la victime aura été inscrit.

TRACER TOUTES LES LIGNES DE FRACTURE



APPENDICE B – FICHE DENTAIRE – À remplir au crayon

Numéro d'identification affecté _____ Numéro affecté par la Division _____

Numéro d'autopsie _____ Numéro du dossier photos _____

Matricule _____ Numéro d'assurance sociale _____

Date de l'examen _____ Lieu de l'examen _____

IDENTIFICATION DE LA VICTIME (ENTOURER AU CRAYON)

Victime non identifiée, identifiée par exclusion, identification très probable, identification positive

Nom de la personne identifiée	Age	Race	Sexe
-------------------------------	-----	------	------

Cette rubrique ne doit être remplie qu'à la fin de toutes les procédures d'identification.

Identification confirmée par _____
Nom de l'examineur

Identification confirmée par (entourer):

comparaison de radiographies, Confirmation clinique, comparant avec dossiers antérieurs Autres moyens _____

Nom, adresse et numéro de téléphone du photographe

Emplacement du corps _____ Position du corps _____

Avant de continuer – Lire attentivement la Page 2 et suivre toutes ses instructions – Faire consigner tous les renseignements, au crayon, par un assistant qualifié.

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'examineur

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'assistant

Signature de l'examineur

Signature de l'assistant

Traitements Dentaires en campagne

Capt P.G. Abbott et Sgt D.W. Griffiths

Du 25 fév au 10 mars 78, le Détachement dentaire de la BFC London qui appartient à la 13ème Unité dentaire a participé à une manœuvre de l'OTAN baptisée "Arctic Express" qui s'est déroulée dans la région de Troms, au nord de la

Norvège. Cette manœuvre avait pour objet de mettre à l'épreuve l'efficacité d'une force combinée de l'OTAN dans des conditions arctiques.

Les Forces canadiennes étaient représentées à cette manœuvre de l'OTAN par le premier Bataillon du

Régiment royal canadien de la BFC London et par l'Élément national d'appui de la BFC Petawawa.

Les services dentaires étaient assurés par le Capt P.G. Abbott et le Sgt D.W. Griffiths qui s'étaient entraînés en vue de cet exercice en participant à des manœuvres préparatoires à Petawawa. Ils étaient chargés de soigner les membres du contingent canadien de la force de l'OTAN et d'aider les dentistes de toutes les autres forces de l'OTAN qui participaient à la manœuvre. Les manœuvres devaient permettre aussi de mettre à l'essai l'équipement dentaire de campagne dans des conditions arctiques.

Le Capt Abbott et le Sgt Griffiths ont quitté Trenton pour la Norvège le 25 février. Le Sgt Griffiths a rempli les fonctions de deuxième adjoint du Chef de transport aéroporté et était en partie responsable de l'embarquement ordonné des troupes et du chargement correct de tout l'équipement à bord des avions.

Dès son arrivée en Norvège, l'Élément d'appui national canadien a reçu l'ordre de se rendre dans une zone désignée située dans une vallée. Les Éléments d'appui nationaux des contingents britannique, américain, allemand, italien et norvégien ont été postés dans les régions avoisinantes. L'équipe dentaire a été cantonnée dans une tente arctique équipée de tous les poêles et lanternes appropriés. Des lits de camp avaient été prévus pour que les hommes n'aient pas à dormir à même le sol froid et humide. Une section de la tente modulaire du quartier général servait de clinique dentaire. Comme le tente était plantée dans du permafrost, il a fallu installer un plancher avant que la clinique dentaire puisse devenir opérationnelle. Six palettes de bois et deux feuilles de contre-plaqué ont été posées sur une base de paille. Tout le système des tentes modulaires était chauffé au moyen d'un radiateur de type "Ready Heater" et des radiateurs Alladin avaient été gardés en réserve, ce qui a permis de maintenir la température à l'intérieur de l'unité dentaire à un niveau raisonnable (55-65 degrés Fahrenheit).

Le matériel dentaire utilisé pendant la manœuvre se composait



manoeuvre arctique expresse

d'un unit dentaire de campagne A-Dec, d'une chaise et d'un tabouret Den-Tal-Ez, d'une lampe Pelton Crane, d'un compresseur d'air portatif Gast et de deux malles contenant les instruments et les fournitures nécessaires. L'unité dentaire ainsi que le reste du complexe modulaire étaient alimentés en électricité par un générateur de 5 kW qui s'est révélé satisfaisant.

L'équipement dentaire a été transporté et emballé par les membres du premier Régiment canadien royal de London; grâce à leur coopération, l'équipe dentaire n'a eu aucune difficulté à monter et démonter le matériel de l'unité. L'équipe dentaire constata qu'il ne lui fallait pas plus d'une heure et demie pour rendre l'équipement entièrement opérationnel ou pour le remballer complètement.

L'équipement dentaire de campagne a fonctionné parfaitement. Il est cependant très important de respecter rigoureusement toutes les instructions d'entretien et d'assécher avec soin, pendant la nuit, tous les liquides contenus dans la tuyauterie de l'équipement pour éviter qu'elle ne gèle et rende ce dernier inutilisable. L'équipe juge indispensable que chaque unité affectée à une telle mission reçoive son équipement de campagne longtemps à l'avance pour vérifier qu'il fonctionne parfaitement et, éventuellement, corriger ses défauts avant le début d'une manœuvre. L'utilisation qui est faite du matériel dépend de la tâche qui a été confiée à l'équipe dentaire. Il est évident que si elle ne doit fournir que des soins d'urgence, elle aura besoin de beaucoup moins de matériel. L'équipe a décidé de s'efforcer de fournir presque tous les traitements d'une clinique fixe: chirurgie, restaurations et prophylaxie. Elle s'est efforcée constamment de veiller à la stérilité totale du "cabinet" et aucune complication post-opératoire ne s'est présentée.

L'équipe dentaire s'est aperçue que beaucoup de patients qui sont venus se faire soigner avaient de toute évidence réussi à ne pas se présenter à la clinique dentaire de leur base depuis pas mal de temps. Cela donne à penser que ces patients ont jugé plus tolérable d'être traités en campagne.

Les conditions climatiques étaient variables: elles étaient à peu près supportables pendant la journée puisque le soleil brillait pendant la plupart du temps, mais le grand froid de la nuit était difficilement tolérable. Des numéros de changement de costume parfaitement rodés étaient présentés dans la tente chaque fois que ses habitants devaient s'enfoncer dans leur sac de couchage ou en émerger.

Le fonctionnement de l'équipement dentaire a présenté pas mal de difficultés dans les conditions de froid extrême qui régnaient. Lorsque les températures étaient très basses, le circuit hydraulique ne fonctionnait pas très bien, les lampes et les fusibles sautaient constamment et les tuyaux de caoutchouc se fendaient. L'équipe dentaire a surmonté ces difficultés en demandant que des radiateurs soient constamment tenus en réserve et branchés dès qu'il y avait une panne d'électricité. Elle disposait également sur place de lampes et de tuyaux de rechange, et de ruban adhésif pour boucher rapidement les trous des tuyaux.

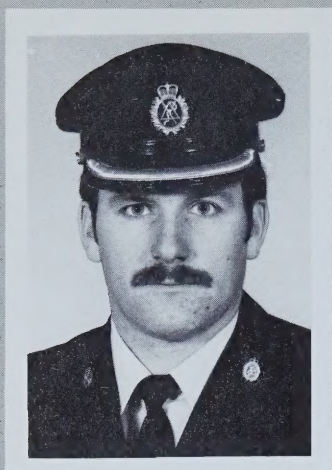
L'équipe a eu la chance de rencontrer des dentistes venant



d'autres pays, soit un collègue norvégien qui assurait la liaison avec l'hôpital de campagne allemand et un dentiste allemand qui dirigeait lui aussi une unité dentaire de campagne.

Les deux membres de l'équipe dentaire canadienne ont trouvé que la manœuvre leur avait donné l'occasion d'acquérir une expérience très précieuse et ils sont convaincus que la pratique dentaire en campagne constitue un élément utile de la formation des dentistes militaires et de leurs assistants.





Capt R.J. MacDonald*

Confection d'empreintes pour pivot

NOTE DE LA RÉDACTION

L'attention des lecteurs est appelée sur un article traitant du même sujet que celui-ci publié dans le "Journal of Prosthetic Dentistry, 42:645", de décembre 1979. L'article du Capt MacDonald a été reçu à la Division dentaire bien avant la parution de la communication en question.

INTRODUCTION

Un patient de 48 ans se présente au dentiste en se plaignant de la mobilité de sa prothèse fixe à 6 unités du maxillaire antérieur (2 canines piliers et 4 incisives). L'examen clinique révèle que la canine droite d'ancrage ne retient plus la prothèse. Le pont ayant été retiré, l'examen radiographique du pilier détérioré révèle que la partie coronaire du pivot a été fracturée et que la partie apicale est restée à l'intérieur du canal radiculaire. La partie coronaire du pivot est restée cimentée au pont lorsque celui-ci a été extrait de la bouche du patient (Figure 1). Bien que le pivot fracturé ne puisse plus servir à maintenir le pont sur la dent support, le pont lui-même est cliniquement adéquat et, en particulier, son intégrité marginale est satisfaisante.

Le présent article décrit une méthode de fabrication d'un pivot radicaire qui puisse être adapté à une dent déjà traitée ainsi qu'à une prothèse fixe existante.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE

- 2 godets Dappen
- 2 pinceaux en poil de martre
- poudre et liquide Duralay*
- *Non commercial
- bol en caoutchouc et eau chaude (pour accélérer prise du duralay)
- quelques trombones préalablement revêtus d'une mince couche de duralay
- lubrifiant pour microfilm
- pincette

TRAITEMENT:

1. Etant donné que la portion la plus apicale du pivot fracturé est restée fermement en place à l'intérieur du canal radiculaire, il faut l'en extraire avec une fraise.
2. Une cavité pour pivot de plus grand diamètre est préparée pour éviter une autre fracture. A ce stade il faut bien prendre soin de ne pas toucher avec les instruments les marges extérieures de la dent préparée afin de préserver l'intégrité marginale existante entre le pont et la dent.
3. Un trombone est choisi parmi ceux qui ont été recouverts d'une mince pellicule de duralay. Le trombone est ajusté de manière à pouvoir être inséré dans la cavité du pivot afin que le pont puisse être mis en place sans exercer de pression sur le trombone (Figure N° 2).
4. Le trombone, revêtu d'une quantité suffisante de duralay pour remplir toute la cavité du tenon, est plongé dans le bain d'eau chaude pendant 5 secondes. Il est alors enfoncé dans la cavité du pivot qui a été précédemment lubrifiée avec du microfilm.* Après 5 à 10 secondes (lorsque le duralay commence à perdre son aspect "humide") le trombone est déplacé de haut en bas le long de la trajectoire d'insertion pour éviter que le duralay rem-

plisse toute partie rétentive éventuelle. *Non commercial
Après la prise initiale, le pivot est retiré et plongé dans de l'eau chaude pendant 30 secondes afin d'accélérer la prise finale du matériau.

5. Le pivot est sorti du bain d'eau et placé dans la cavité pour vérifier qu'il est de la dimension voulue (Figure N° 3).

6. On peut alors commencer à ajouter progressivement du duralay sur le pivot en duralay déjà inséré dans le canal pour construire la partie coronaire. Il est bien entendu important d'éviter de recouvrir de duralay les marges extérieures de la dent (Figure N° 4).

7. La forme correcte de la portion coronaire peut-être obtenue en insérant le pont sur le pivot en duralay qui n'a pas encore prise et en le déplaçant doucement de haut en bas, de quelques millimètres à la fois, le long de la trajectoire d'insertion à mesure que le duralay commence à prendre. Il est essentiel de lubrifier la surface intérieure du pilier du pont et il faut veiller particulièrement à ne pas ajouter trop de duralay d'un seul coup.

Comme le lecteur s'en rend probablement compte, cette méthode laisse un petit vide à la partie la plus incisive du pivot entre celui-ci et la surface intérieure du pont (lorsque l'on essaie de remplir complètement ce vide au moyen de duralay, le pont ne peut être placé en position correcte car le plus léger excès de duralay ne peut plus déborder et ne peut donc être éliminé). Selon le type de prothèse fixe à réparer, l'opérateur peut choisir entre deux méthodes:

*Après avoir obtenu son diplôme de l'université McGill (1976) le Capt R.J. MacDonald a été affecté à la BFC Toronto où il sert actuellement.

radiculaire au moyen de Duralay - Étude d'un cas

1. Accepter le petit vide qu'il pourra ensuite remplir de ciment, ou
2. Percer un petit trou dans la portion linguale du pont pour permettre à l'excès de duralay de s'écouler. Il pourra ensuite boucher ce trou avec de l'amalgame ou de l'or.

La deuxième de ces possibilités est acceptable lorsque la prothèse fixe comporte une facette en acrylique, mais si la prothèse est en porcelaine cuite sur or le risque de fracturer la porcelaine est élevé et, dans ce cas il est préférable de recourir à la première des méthodes mentionnées.

Lorsque l'empreinte en duralay est achevée, on peut couler le pivot en or pour remplacer celui qui s'était brisé.

RÉSUMÉ

Description d'une technique de fabrication d'un pivot radiculaire pour remplacer un pivot radiculaire fracturé qui constituait un des éléments de rétention d'un pont à 6 éléments.

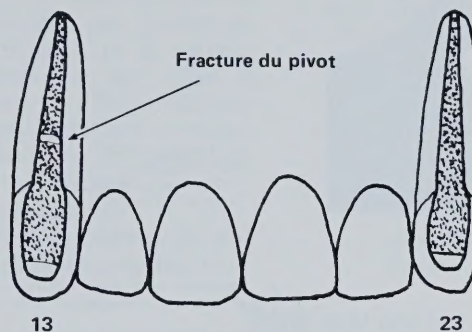


FIGURE 1

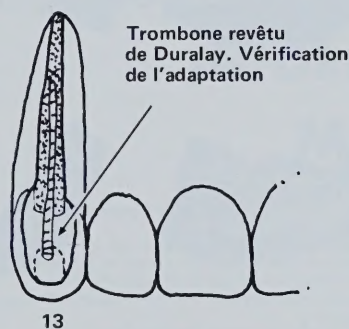


FIGURE 2

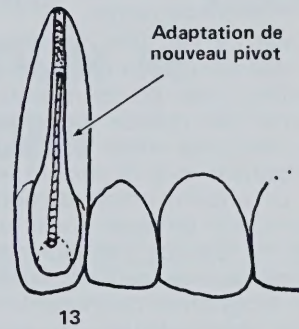


FIGURE 3

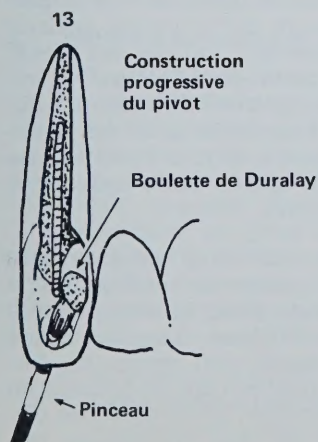


FIGURE 4

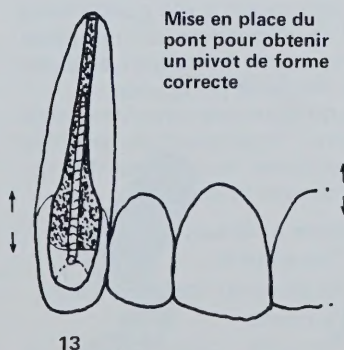


FIGURE 5

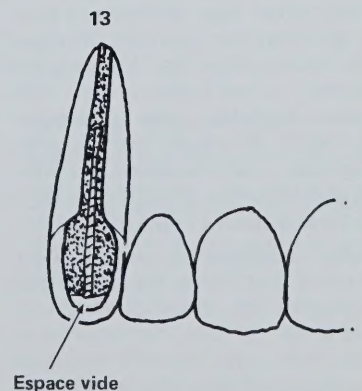


FIGURE 6

La dentisterie médico-légale



Capt. D.E. Rawson

Définition

La dentisterie médico-légale, ou stomatologie médico-légale pour lui donner son nom plus "officiel", peut être définie comme la discipline de la dentisterie qui permet d'identifier les personnes, habituellement décédées, grâce à un examen des structures bucco-dentaires.

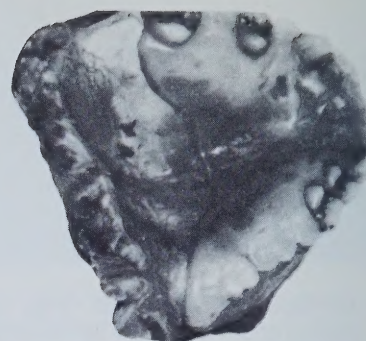
Il s'agit de l'un des domaines les plus nouveaux de la dentisterie, qui n'exigent pas de leurs praticiens une très grande expertise, mais qui sont très utiles à la profession dentaire et à la société en général. Le présent article démontrera comment presque tous les membres du Service dentaire des Forces canadiennes peuvent participer à un programme permanent de dentisterie médico-légale au sein des Forces canadiennes.

Applications

L'application la plus courante de la dentisterie médico-légale est l'identification des victimes d'accident, qu'il est très souvent impossible de reconnaître par les moyens habituels, c'est-à-dire les empreintes digitales, les photographies, etc. Il s'agit de victimes d'incendies, de noyades, d'accidents d'aviation ou d'accidents de la route très graves. (Voir Figure 1).¹

Une application moins courante de la dentisterie médico-légale est l'analyse des traces de morsure. Les victimes de viol, de meurtre et d'infanticide sont souvent mordues par leurs assaillants et une analyse hautement scientifique des marques laissées par ces morsures peut sou-

CAN YOU IDENTIFY THIS DENTITION?



No. 14 Police Station,
150 Harrison Street
Toronto 3, Ontario.
August 23rd, 1971.

Dr. James D. Purves,
Dental Surgeon,
170 St. George Street,
Toronto 5, Ontario.

Sir,

Further to our conversation of August 18th regarding attempts to identify the unknown male recovered from Lake Ontario, on August 3rd, 1971, in the vicinity of Strachan Avenue. I enclose photographs and negatives of the teeth of the deceased for you to enter in the Dental Journal.

The body is described as Male/White, approximately 125 lbs., 5'7", thirty to forty years old and wearing a Timex Electric Watch. Our Occurrence No. 111316/71.

James Colin Woodcock P/Det 175.



329

JODA Vol. 48, No. 11, November 1971

Figure 1 :

Requête typique faite par la police à la profession dentaire pour aider à l'identification d'un corps qui dans ce cas avait été repêché dans les eaux du Lac Ontario. Publié dans le journal de l'association dentaire de l'Ontario, nov 1971, par le département de police de Toronto.

vent aider à appréhender et à condamner les auteurs de ces crimes. (Voir Figure 2).² En fait, des auteurs de viol ont souvent été condamnés grâce à la déposition de dentistes ayant reçu une formation spéciale dans ce domaine particulier.

De nombreuses raisons rendent nécessaire l'identification positive d'une personne, et ce, pour des raisons juridiques et sociales.

1. Aspects juridiques

- Testaments,
- Règlements testamentaires,
- Pensions,
- Pensions alimentaires — Bien-être,
- Assurances, et
- Justice.

Les facteurs a. à e. exigent l'identification positive d'une personne avant qu'on puisse déclarer indubitablement qu'elle est décédée. Si cette identification est impossible, il peut en découler des difficultés financières pour les survivants, ou des procès interminables jusqu'à ce que le décès soupçonné soit confirmé.

Les victimes d'homicide sont souvent gravement défigurées à dessein pour éviter qu'elles puissent être identifiées. La dentisterie médico-légale peut rendre un service très précieux aux enquêteurs en leur permettant d'identifier ces victimes et en leur fournissant des preuves.

2 Aspects sociaux

Les parents des victimes d'accident se trouvent dans une situation des plus pénibles tant que les victimes ne sont pas identifiées positivement. On leur a peut-être annoncé que leur parent est mort, mais il est naturel qu'ils continuent à avoir des doutes et qu'ils fassent tout leur possible pour identifier les cadavres afin d'avoir la conscience tranquille. De nombreux cas ont été rapportés où des personnes ont identifié des étrangers, dont le corps était exposé à la morgue, comme des membres de leur famille. La dentisterie médico-légale peut donc, dans ces cas, rendre un grand service aux survivants. De manière plus générale, la disparition de personnalités bien connues suscite toujours la curiosité de la population. Va-t-on retrouver Monsieur Untel? Sera-t-il mort ou vivant? Là aussi, la dentisterie médico-légale peut parfois fournir des preuves ou des indices qui permettent de résoudre ces "mystères".

Moyens d'identification

1. Moyens peu fiables

- a. Reconnaissance par des amis et des parents;
- b. Vêtements;
- c. Effets personnels (bagues, montres, etc.);
- d. Photographies; et
- e. Description de signes particuliers (verruques, cicatrices, tatouages, etc.).

Ces moyens aident parfois à identifier une personne, mais, en soi, ils sont rarement infaillibles. De plus, en raison de la grave mutilation des corps, ou de la perte des vêtements ou des effets personnels, les marques ou les articles permettant l'identification ne peuvent même pas être retrouvés.

2. Méthodes scientifiques

a. Empreintes digitales

Les empreintes digitales sont certes spécifiques à chaque individu, mais beaucoup de personnes ne se sont jamais fait prendre d'empreintes digitales, et celles des personnes qui l'ont fait sont souvent détruites par un incendie ou par les lacerations consécutives à un accident.

b. Analyse du squelette

Des examens des squelettes peuvent habituellement indiquer l'âge approximatif, la race et le sexe d'un individu,

mais ils ne permettent pas d'identifier infailliblement une victime.

- c. Analyse des cheveux
- d. Analyse sérologique
- e. Analyse radiographique

Ces examens (c. à e.) permettent d'obtenir des renseignements qui peuvent confirmer ou infirmer l'identité d'une victime grâce à la détermination du groupe sanguin, à l'identification de difformités, de prothèses chirurgicales, de la couleur des cheveux, etc. Mais à nouveau, l'identification positive est difficile en raison de l'absence de caractéristiques spécifiques.

f. Examen dentaire

L'examen dentaire des arca-des complètes permet habi-

tuellement de déterminer l'âge approximatif, le sexe et la race et, dans certains cas, la nationalité grâce à l'identification des caractéristiques morphologiques générales et du type des traitements dentaires qui avaient été dispensés à la victime. Bien entendu, si les enquêteurs disposent d'un dossier dentaire complet de la victime, y compris de ses radiographies, l'examen dentaire peut-être aussi concluant que l'analyse des empreintes digitales.

L'identification dentaire à l'occasion des catastrophes provoquant de nombreuses victimes, par exemple, les accidents d'aviation, est très souvent la seule méthode



VANCOUVER POLICE DEPARTMENT

\$1000

REWARD

\$1000

INFORMATION RE MURDER

To the Dentists of Ontario:

In mid July of this year a young woman was raped and murdered in this city. Examination of the body has revealed a number of teeth marks on the left breast. With the assistance of Dr. D.J. Yeo of the Faculty of Dentistry of the University of British Columbia, we have been able to have made up several sets of dental structures with accompanying description.

There is certain evidence before us that the person responsible may have come from the Kingston Ontario area. We are, therefore, sending pictures of these "mock-ups" to all dentists in that area and request that you check your files in an effort to locate anyone with similar dental structure.

Please address any reply to: The Chief Constable,
Vancouver Police Department,
Public Safety Building,
312 Main Street,
Vancouver 4, B.C.

Your assistance in this matter will be appreciated.

SUBJECT



For an enlarged photograph of tooth marks left on a female breast we have attempted to duplicate the tooth arrangement indentations or readily discernible bruises — only faint marks and consequently they don't show too well on the photograph. Because it is difficult to establish exactly in which direction the bite was taken, three or more different arrangements of teeth are possible. They are as follows:

311

JODA Vol. 48, No. 10, October 1971

Figure 2: Dans ce cas, on a pris des empreintes des morsures qui permettaient d'établir le genre d'occlusion pouvant causer de telles marques. (JODA, oct 1971)

utilisée par les enquêteurs. Les dossiers médicaux permettent de nos jours d'identifier de plus en plus de cadavres, ce qui montre bien l'importance de la dentisterie médico-légale.

Rôle du dentiste lors des enquêtes consécutives à des catastrophes

L'équipe dentaire idéale, pour les enquêtes consécutives à des catastrophes, devrait se composer de trois dentistes et de deux ou trois assistants qui pourraient être soit des assistants dentaires, soit des policiers expérimentés. L'équipe recevrait les prélèvements que lui remettrait l'équipe d'enquête, organiserait les examens et en rendrait compte. Les quatre fonctions d'une telle équipe sont donc les suivantes:

1. Examen des prélèvements dentaires;
2. Enregistrement des résultats de ces examens;
3. Obtention des dossiers dentaires des victimes; et
4. Comparaison entre ces dossiers et les conclusions des examens afin d'identifier positivement les victimes.

Rôle du SDFC dans le domaine de la dentisterie médico-légale

L'expérience a révélé que la principale difficulté que rencontrent les dentistes enquêteurs est qu'ils ne disposent pas de dossiers dentaires précis et à jour. Cela s'applique surtout aux civils, car la qualité des dossiers établis par les dentistes, et les méthodes qu'ils appliquent pour établir ces dossiers, varient beaucoup. Dans le SDFC, nous avons un système de dossiers et des procédures de compte rendu uniformes, et tout le personnel dentaire militaire "parle la même langue". Cependant, un examen un peu plus attentif des dossiers que nous conservons montre combien ils seraient insuffisants si nous devions les utiliser pour identifier des victimes.

J'ai personnellement le sentiment que nous pourrions améliorer notre système à deux niveaux:

1. mise à jour systématique de nos dossiers; et
2. création officielle et organisation d'équipes d'enquêteurs dentaires, et meilleure formation du personnel du SDFC pour aider les autorités militaires et civiles en cas de besoin.

Recommandations en vue d'une tenue à jour des dossiers des cliniques

1. Mise à jour de tous les dossiers au moins une fois par an; Le moment le plus approprié semblerait être le rendez-vous de rappel de Phase I.
2. Description précise de toutes les reconstitutions et prothèses.

Cela nécessiterait de mettre à jour la Section 3, page 2 de la FC 525 (Dossier dentaire), la "fiche de travail", de manière à y représenter toutes les reconstitutions, et PAS seulement les nouvelles. Nous devons indiquer la différence entre une obturation mésiale séparée d'un amalgame buccal (MO plus B) et une obturation mésiale combinée à l'obturation de la cuspide mésio-buccale (MOB) et indiquer aussi le matériau utilisé. Nous devrions signaler également toutes les dents manquantes, en malposition ou qui n'ont pas fait leur éruption et décrire le type de prothèse en indiquant si elle est en matière acrylique, en ticonium, etc.

La partie écrite du rapport (section 4 de la page 2 de la FC 525) devrait décrire le nombre et l'emplacement des tenons, le type de matériau utilisé pour obturer les canaux radiculaires et tous renseignements pertinents qui permettraient d'améliorer l'identification positive.

3. Toutes les radiographies devraient être identifiées et datées

Combien de fois nous est-il arrivé de farfouiller en vain dans une enveloppe dentaire pour y trouver des "bite-wings" et de devoir nous contenter d'une enveloppe en papier manille ne portant aucun nom ni aucune date ni aucune autre inscription? Heureusement, ce n'est pas un cas très fréquent mais nous devons cependant nous organiser un peu mieux. Tous les "bite-wings" devraient être montés et le nom, le grade, le NAS et la date de la radio devraient être inscrits sur la monture en matière plastique. Les clichés uniques devraient être scellés dans de petites enveloppes à radio à l'extérieur desquelles les renseignements complets devraient être inscrits. Le Panorex est très utile en dentisterie médico-légale. Il serait souhaitable que nous en prenions un de chacun de nos patients, tous les dix ans, en les identifiant correctement.

4. Identification de toutes les prothèses amovibles.

Les patients édentés ou partiellement édentés présentent des problèmes particuliers car, évidemment, ils n'ont pas de dents permettant de les identifier. Il existe plusieurs moyens d'identifier aisément les prothèses complètes et la plupart des prothèses partielles les plus longues. Le SDFC a eu l'heureuse idée d'adopter une méthode d'identification de ces prothèses qui a été décrite dans le Bulletin du SDFC (Vol. 17, n° 2). Pour les dentiers partiels en ticonium, l'auteur a trouvé qu'il était très facile de graver le NAS sur la surface linguale ou palatale des armatures en utilisant une fraise ronde à haute vitesse n° 2. Cette technique élimine l'emploi de bandes métalliques qui pourraient irriter les tissus et donne d'excellents résultats. Il y a lieu d'ajouter que la plupart des patients accueillent très favorablement l'idée d'une identification de leurs prothèses.

Dossiers étampés

L'auteur suggère la procédure suivante qui serait facile à utiliser et qui servirait d'aide-mémoire afin d'assurer une mise-à-jour constante des dossiers. Elle implique l'utilisation d'étampes de caoutchouc qui rappellent la nécessité d'inscrire toute information pertinente. Une copie des étampes dessinées par l'auteur démontre les annotations qui peuvent être insérées dans la section des Notes Cliniques à la page 2 de la FC 525, (voir fig 3 et 4). L'étampe d'Examen Medico-Légal pourrait être mis à jour annuellement au crayon et rappellerait aux gens de compléter le dossier à chaque visite. Il indiquerait également quelles sont les radiographies qui accompagnent le dossier. L'étampe d'Identification des Prothèses permet de décrire le genre d'appareil et la méthode d'identification.*

Résumé

Cet article décrit la dentisterie médico-légale en identifiant ses avantages généraux pour la société et la profession dentaire. Il y est fait expressément mention du SDFC pour suggérer des changements dans ses usages cliniques actuels qui permettraient de mieux faire connaître cette spécialité de la dentisterie à tous les membres du SDFC. Il découlerait de cette action que le personnel serait bien mieux informé et que le SDFC pourrait bien mieux répondre aux besoins de la dentisterie médico-légale.

Voir texte anglais pour bibliographie.

*NOTE DE L'ÉDITEUR: Les suggestions faites par l'auteur ne reflètent pas la politique actuelle du SDFC.

EN CORÉE - Vingt-cinq ans après



*Colonel J.M. Donely **

Pour commémorer le 25ème anniversaire de l'armistice qui a mis fin à la Guerre de Corée et pour rendre hommage aux soldats canadiens qui sont morts pendant les hostilités, le Ministère des Affaires des anciens combattants a organisé en juillet dernier un pèlerinage au Japon et en Corée.

Dirigée par l'Honorable Daniel J. MacDonald, Ministre des Affaires des anciens combattants, la délégation officielle se composait de son ministre-adjoint, des trois commandants du 25ème Groupe-Brigade canadien d'infanterie, le général J.V. Allard et les majors généraux J.M. Rockingham et M.P. Bogart et d'un des commandants de l'Escadre de la Marine royale canadienne, le contre-amiral J.A. Charles, ainsi que du Président de la Légion canadienne royale et des dirigeants de plusieurs autres organisations d'anciens combattants. Le reste de la délégation canadienne regroupait les représentants de la Marine et de l'Aviation ainsi que de chaque corps, régiment et bataillon ayant servi en Corée de 1950 à 1953. J'ai eu le grand honneur et le privilège de représenter le Corps dentaire royal canadien.

Tout commence dans l'après-midi du jeudi 20 juillet, date à

*Le Colonel J.M. Donely, présentement Directeur des Services dentaires (soins) au QGDN, a servi en Corée d'avril 1951 à mai 1952 comme dentiste militaire attaché au 2ème Bataillon du Régiment royal canadien.

laquelle les Anciens Combattants de la Guerre de Corée venant de toutes les régions du pays commencent à arriver à l'hôtel Bayshore Inn de Vancouver. Le même soir, chacun reçoit des instructions administratives personnelles ainsi qu'un passeport spécial. Le lendemain, le voyage est expliqué à tous les participants qui embarquent, à 1400 heures, à bord d'un avion du Canadien Pacifique qui les amènera à Tokyo. Bien que le voyage dure environ neuf heures, nous arrivons au nouvel aéroport international de Tokyo (Narita) à 1500 heures, le samedi 22 juillet. Il est prévu que nous séjournons pendant trois jours à l'hôtel Prince de Tokyo.

A part plusieurs séances d'orientation et une réception à l'Ambassade canadienne, les deux jours qui suivent ne comportent aucune activité officielle pour que nous puissions nous remettre de notre décalage horaire. Nous consacrons ces deux journées à visiter cette ville de plus de 12 millions d'habitants. Nous pensions à l'origine faire beaucoup d'emplettes, mais le prix de tous les articles, même ceux exempts de taxe, nous oblige à nous limiter à l'achat de quelques souvenirs bon marché. Les articles qui ont permis au Japon de se tailler une renommée mondiale, par exemple les appareils photos, les montres, les appareils stéréo et électroniques, coûtent aussi cher qu'au Canada, si ce n'est plus.

Le mardi 25 juillet, des autobus nous emmènent au Cimetière militaire du Commonwealth, à Yokohama, où deux services sont célébrés. Le premier, au Cimetière de la deuxième Guerre mondiale, honore les militaires canadiens tués à Hong Kong alors que le second perpétue le souvenir de ceux qui sont morts en Corée et qui ont été enterrés au Japon. Ces services et, en fait, tous les autres qui ont été célébrés pendant notre voyage, copient très fidèlement les cérémonies typiques de la Journée du souvenir. Ils sont dirigés respectivement par le major Jim MacIntosh, un aumônier catholique. Après les oraisons funèbres, le ministre et les dirigeants de diverses organisations d'anciens combattants déposent des couronnes sur les monuments funéraires. Soit dit en passant, la température pendant ces cérémonies, ainsi que pendant toute la durée du pèlerinage, est constamment

oscillé entre 37° et 40° Celsius. La nuit, la température est parfois tombée (sic) jusqu'à 27° Celsius.

Le lendemain matin nous décollons de bonne heure de l'aéroport Haneda à destination d'Osaka, puis de Pusan où un avion de Japan Airlines nous dépose à 1100 heures. Nous y sommes reçus par une garde d'honneur de l'Armée coréenne et par une escorte armée de la police militaire coréenne qui nous accompagnera pendant toute la durée de notre séjour dans ce pays.

Il est vraiment très difficile de reconnaître la vieille ville de Pusan que nous avons connue. C'est maintenant une agglomération en pleine expansion où vivent deux millions et demi d'habitants, au centre de laquelle se dressent des gratte-ciel et des hôtels de villégiature modernes. Seule l'odeur envahissante de "Kimshe" nous rappelle la ville que nous avons connue.

Le jeudi matin, nous assistons à une cérémonie impressionnante au magnifique cimetière des Nations Unies qui est situé dans une banlieue de Pusan. Il surplombe des rizières et une marine paisibles. La beauté naturelle du site est encore rehaussée par 10,000 arbres et arbustes dont de nombreux pays ont fait don à la Corée. C'est dans ce cimetière que gisent 2,267 soldats des Nations Unies (dont 378 Canadiens) qui, contrairement aux Américains, ont été enterrés en Corée. Le nom de 16 Canadiens dont la tombe n'a jamais pu être retrouvée est gravé sur des plaques de bronze du monument commémoratif. La République de Corée a cédé à perpétuité le terrain du cimetière aux Nations Unies pour rendre hommage à tous ceux qui ont sacrifié leur vie pour défendre son territoire. Un orchestre militaire coréen, une garde d'honneur, des représentants des organisations d'anciens combattants coréens ainsi que des officiers supérieurs de l'Armée coréenne assistent à cette cérémonie qui sera la plus impressionnante et la plus officielle de toutes celles auxquelles nous assisterons.

Le lendemain, deux DC6B de l'Armée de l'Air coréenne, dont la vétusté nous effraie quelque peu, nous transportent jusqu'à Séoul. Le trajet de l'aéroport au centre de la ville constitue sans aucun doute un des faits saillants de notre voyage. Cette ville de

7 millions d'habitants ressemble de plus en plus à une ville occidentale moderne dans la banlieue de laquelle se dressent des centaines de tours d'habitation alors que le centre ville n'est qu'hôtels modernes, bâtiments administratifs et grands magasins. Les progrès réalisés ici sont phénoménaux. Un officier supérieur de l'Armée américaine ira même jusqu'à dire que "à côté des Coréens, les Japonais nous semblent paresseux".

Le même soir, la délégation canadienne assiste à un banquet organisé en son honneur par l'Association des Anciens combattants coréens.

Le vendredi matin (28 juillet) nous partons en autobus vers Naechon, où nous visiterons le monument construit pour commémorer la participation du PPCLI à la bataille de Kapyong. Le trajet d'une heure et demie nous permet de comparer les zones rurales avec celles que nous avons traversées il y a plus de vingt-cinq ans. La plupart des routes sont maintenant pavées. Le paysage est parsemé de petits villages douillettement perchés à flanc de côteau. Tous les terrains arables sont couverts de rizières alors que la plupart des collines ont été reboisées. Seuls les quelques derniers milles du parcours sont restés tels que dans nos souvenirs: là, les routes se transforment en chemins cahoteux jonchés de pierres, alors qu'en raison de la poussière la visibilité ne dépasse pas quelques mètres.

Le Monument commémoratif du PPCLI a été construit en pleine campagne, sur les rives du fleuve Kapyong et à proximité de la position qu'occupait le régiment des Pats sur la colline 677. Nous sommes particulièrement touchés par la réception que nous réservent plusieurs centaines d'écoliers en uniforme qui brandissent des petits drapeaux canadiens qu'ils ont eux-mêmes peints à la main. Le major général Rockingham prononce une brève allocution et le major Pat Tighe, qui commandait le 2ème PPCLI au moment de l'engagement, dépose une couronne au nom de son régiment.

Vers la fin de la journée, une autre cérémonie nous réunit à nouveau dans la ville de Kapyong où se trouve le Monument commémoratif du Commonwealth. Le même soir, le chargé d'affaires canadien nous accueille à une réception organisée en notre honneur à la résidence de l'Ambassadeur du Canada qui, absent, ne peut nous recevoir lui-même.

Un peu plus tard, nous nous rendons au poste d'observation de Song Hak, dans la zone démilitarisée, le long du 38ème parallèle. Après un compte rendu de situation détaillé présenté par les officiers de la 1ère Division coréenne, nous pouvons scruter à la jumelle les positions nord-coréennes ainsi que les principaux repères topographiques de la région.

Les soldats de l'Armée coréenne vivent presque en permanence sur la ligne de démarcation, la rotation des unités étant effectuée chaque année. Ils y vivent en état d'alerte permanent: la veille est constamment assurée, les observateurs occupent leur poste et l'artillerie est en place. La campagne est parsemée de pièges anti-char très complexes. Les munitions et fournitures sont nombreuses et prêtes à être utilisées. L'entraînement est constant, et se déroule toujours à proximité des positions, et des manœuvres périodiques permettent de s'assurer que l'armée pourra exécuter tous les plans de bataille prévus.

Le dimanche 30 juillet, un avion de Cathay Pacific nous ramène à Tokyo d'où nous devons repartir le soir même pour Vancouver. En raison d'une erreur d'ordinateur, l'avion est complet et nos noms ne figurent pas sur le manifeste des passagers. Cela nous oblige à passer deux jours de plus à Tokyo, à l'hôtel Impérial, séjour que certains pourraient considérer comme une prime spéciale: hélas! nous n'avons prévu des fonds et des vêtements que pour un séjour plus court et avec la chute vertigineuse du dollar à la bourse, il nous est très difficile de profiter pleinement de la situation.

C'est seulement le mardi 1er août, à 1100 heures, que notre groupe débarque à Vancouver et que ses

membres peuvent retourner dans leurs foyers.

Ce pèlerinage a constitué pour moi une expérience très enrichissante bien qu'elle fût parfois très triste et émouvante. Elle m'a permis de retrouver d'anciens amis, d'en faire de nouveaux et d'échanger avec tous de vieilles histoires de guerre. Mais avant tout, elle nous a donné à tous la possibilité de refaire connaissance avec un pays que nous avons connu appauvri et déchiré par la guerre et de le comparer avec cette nouvelle nation vibrante qui doit néanmoins, vingt-cinq ans plus tard, vivre sous la menace constante d'une nouvelle agression.

Le lendemain (samedi, 29 juillet) des officiers supérieurs de l'état-major américain nous présentent un exposé très détaillé sur la situation militaire et sur le climat qui règnent actuellement au quartier général du Commandement des Nations Unies, à Séoul. Dans le courant de l'après-midi, nous nous rendons jusqu'à la zone démilitarisée à Panmunjom, à environ une cinquantaine de kilomètres. Après un autre exposé, nous sommes escortés par des membres du détachement spécial de l'Armée américaine jusqu'au Bâtiment des conférences et nous visitons les positions des Nations Unies dans la Zone de sécurité. Dans le Bâtiment des conférences, une ligne partage en deux parties égales le feutre vert qui recouvre la table de conférence, les communistes siégeant en Corée du Nord alors que les fauteuils des représentants du Commandement des Nations Unies se trouvent au sud de cette ligne, en République de Corée. C'est le seul endroit du pays où le personnel des Nations Unies et les visiteurs peuvent traverser cette ligne mais uniquement, bien sûr, quand les délégués ne sont pas en session.

Le MGen (retraité) J.M. Rockingham s'adresse au groupe des vétérans et aux hôtes coréens devant le monument commémoratif du PPCLI à Naechon. Une partie de la colline 677 apparaît à l'arrière-plan gauche.



ÉTUDE D'UN CAS DE NEVUS INTRADERMIQUE

Un naevus ou "tache de naissance" est une lésion de la peau ou d'une muqueuse et qui est plus ou moins pigmentée de mélanine. Presque tout le monde a des naevi, et bien des gens en ont plusieurs, et même des douzaines, éparpillés sur tout leur corps. Ils se présentent habituellement chez les enfants en bas âge (ils sont souvent congénitaux), atteignent une certaine surface puis se stabilisent. Les dimensions des lésions sont variables d'un individu à l'autre et aussi d'une lésion à l'autre: leur diamètre varie entre moins de 1 mm jusqu'à 10 cm, voire plus. Dans certains cas très rares, un naevus unique peut recouvrir une très grande surface de la peau.

CARACTERISTIQUES DES NAEVI BUCCAUX CLINIQUES

Il peut arriver que des naevi se présentent aussi dans diverses parties de la cavité buccale, mais selon Shafer, Hine et Levy³ ils sont plus fréquents sur les gencives, les lèvres et le palais. Ils sont toujours très bien circonscrits et habituellement pigmentés. Certains n'ont aucune pigmentation et sont donc de la même couleur que la muqueuse ou la gencive. Les lésions peuvent être plates ou en relief, et leur surface est soit lisse, soit rugueuse comme celle d'une verrue.

HISTOPATHOLOGIE

Les naevi se composent de grosses cellules à noyau ovoïde. Leur cytoplasme est pâle et contient habituellement des granules de pigment de mélanine. Lorsque les cellules ne sont pas pigmentées, le diagnostic est évidemment plus difficile à formuler. Les cellules sont groupées en cordes ou en feuilles et constituent de petits îlots séparés par du tissu conjonctif. Selon leurs caractéristiques histologiques, les naevi sont classés comme suit:

NAEVUS INTRADERMIQUE. C'est le type le plus courant. Il est caractérisé par des paquets de cellules naeviques circonscrits dans le derme. Les cellules sont nettement séparées de l'épithélium subjacent par une couche de tissu conjonctif.

Dans le **NAEVUS CONJONCTIF**, des paquets de cellules naeviques dissociées se présentent dans la couche sous-épithéliale de l'épiderme. Les cellules du naevus sont mêlées à celles de l'épithélium surjacent. En fait, ces deux types de cellules semblent être imbriqués l'un dans l'autre.

Le **NAEVUS COMPOSÉ** combine les caractéristiques des deux types décrits ci-dessus. Les cellules naeviques se présentent à la fois



Major W.A. Maillet, B.Sc., DDS

dans le derme et dans les couches profondes de l'épiderme. De plus, elles ne sont pas séparées des cellules épithéliales.

Le **NAEVUS BLEU** est habituellement congénital. Il s'agit d'une lésion fortement pigmentée dont la couleur varie du brun au bleu ou bleu noir. Ce type de lésion se compose de paquets de cellules pigmentées de forme allongée situés dans les couches les plus profondes du derme.

Les naevi intradermiques et bleus sont bénins et ne présentent aucun danger; en revanche, les types conjonctif et composé sont dangereux. Tous les auteurs admettent qu'ils se transforment souvent en mélanomes malins.

ÉTUDE D'UN CAS

Un jeune mâle de race blanche âgé de 23 ans présente une lésion gingivale entre les incisives centrale droite et latérale du maxillaire supérieur (voir photo). La lésion a été découverte environ 6 mois avant le rendez-vous chez le dentiste. Elle mesure quelque 3,5 cm de diamètre, est bien circonscrite et repose sur une base sessile. Elle est rose et de consistance ferme et sa surface est rugueuse et toute plissée. Aucun signe d'ulcération ni de saignement n'est observé et le patient ne se plaint d'aucune douleur.

L'examen radiographique ne révèle rien de particulier; le reste de l'examen et les antécédents médicaux du patient n'apportent rien de nouveau au dentiste.



Une biopsie par excision est effectuée sous anesthésie locale et le prélèvement, qui mesure 8,0 x 10,0 x 6,0 mm, fait l'objet d'une analyse histopathologique. Un diagnostic provisoire de papillome est formulé.

La lésion se cicatrise sans complication et aucun signe de récurrence n'apparaît dans les six mois qui suivent.

RAPPORT DU PATHOLOGISTE⁴

Le prélèvement présente un coin de muqueuse gingivale dont une section contient une formation papillaire avec un certain degré d'acanthose épithéliale. La lamina propria contient des paquets de cellules polygonales disposés en plaques superposées. L'espace intercellulaire n'est pas pigmenté et aucun pigment intra-cytoplasmique

n'est visible dans les cellules. Celles-ci contiennent des noyaux différenciés et ressemblent à des cellules naeviques. Leur aspect est donc compatible avec un naevus de type intradermique. L'excision semble complète.

RÉSUMÉ

Présentation d'un cas de naevus intradermique. Il s'agit d'une des lésions de la peau les plus courantes et de type bénin. Cliniquement, le naevus intradermique se distingue difficilement des naevi conjonctifs et composés qui, eux, subissent souvent une transformation maligne. Il est donc important pour cette raison d'exciser tous les naevi dont les dimensions ou la pigmentation augmentent subitement (premier signe de transformation maligne), ou tout naevus qui s'ulcère sans raison apparente. Il est

probablement sage aussi d'exciser tout naevus qui, par son emplacement, est sujet à une irritation ou à un traumatisme chronique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Anderson and Scott, "Synopsis of Pathology, C.V. Mosby Co., 1976
2. Colby, Kerr and Robinson, "Color Atlas of Oral Pathology", J.B. Lippincott Co., 1971
3. Shafer, Hine And Levy, "A Textbook of Oral Pathology", W.B. Saunders Co., 1969
4. Pathology Report: 130-8170 (Code 7) Canadian Forces Hospital (Hfx)
5. Kerr, Ash and Millard, "Oral Diagnosis", C.V. Mosby Co., 1970

NOTE DU RÉDACTEUR

La préparation du Bulletin du Service dentaire des Forces canadiennes a été retardée à différents stades de production et pour plusieurs mois à cause de restrictions budgétaires. En conséquence, certains articles ont pris de l'âge mais nous considérons que leur contenu intéressera encore nos lecteurs.

De fait le Bgen Kearney a été nommé Colonel Commandant il y a près de deux ans et plusieurs d'entre nous ont déjà eu le plaisir de discuter avec lui à l'occasion des nombreuses rencontres où il a exercé ses fonctions officielles.

Le LCol McCallum, dont l'article sur la dentisterie medico-légale apparaît ici, pratique maintenant la stomatologie à Peterborough, en Ontario. Le LCol Harreman qui a également pris sa retraite du service militaire, pratique la stomatologie à Victoria, C-B, et son article "La lèvre malade", aurait dû être publié il y a longtemps.

Parmi les autres personnes qui ont contribué à ce Bulletin et qui ont maintenant laissé les Forces pour la pratique privée il faut mentionner le Maj W. Maillet et le Capt D.E. Rawson.

Nous remercions tous ceux qui ont rendu la publication de ce Bulletin possible. Nous essayons présentement de produire un bulletin professionnel sur une base continue.

Formation supérieure et situation des effectifs de spécialistes

L'un des objectifs les plus importants du SDFC est de fournir une vaste gamme de soins dentaires au nombre le plus élevé possible de membres des Forces canadiennes. La formation supérieure aux spécialités de la dentisterie constitue un des moyens qui aident les dentistes des Forces canadiennes à atteindre cet objectif.

Les spécialistes du SDFC servent d'experts-conseils, traitent les patients qui leur sont adressés et assurent la formation d'autres dentistes et des auxiliaires dentaires. On fait aussi appel à leurs services pour établir les normes et les objectifs de la pratique dentaire.

L'accès aux spécialités permet à la fois d'attirer des dentistes et de les conserver. Les spécialistes aident à valoriser la qualité des soins offerts par le SDFC aux yeux des militaires eux-mêmes et aux yeux des dentistes civils.

Voici un tableau qui récapitule la situation des effectifs de spécialistes au sein du SDFC.

Discipline	Tot	En Poste	En formation	Début 1980	Proposés pour 1981
Dentisterie générale	15	LCol Bourget (Wpg) LCol Budzinski (Gagetown) LCol Foley (Trenton) LCol Gunther (Cornwallis) Maj Ames (Calgary) Maj Bouris (ESDFC) Maj Woodworth (Kingston) Maj MacInnis (Halifax) Maj Hansen (Comox)	Maj Lemieux (80) Fort Hood Maj Levy (80) Fort Hood, Texas Maj Wiseman U de Caroline du sud	Maj Hudgins (82) Fort Knox, Kentucky	2(?)
Périodontie	6	Col Wright* (ESDFC) LCol Fortier* (QGDN) LCol Jones (Edmonton) Maj Darlington (Halifax) Maj Hawkins (ESDFC)	Maj Morrow (81) Dalhousie	0	1(?)
Stomatologie	5	BGen Thompson* (QGDN) LCol Amos (Ottawa) LCol MacInnis (Halifax) Maj Nye (Cold Lake)	Maj Chagnon (82) Laval	Maj Bilodeau (83) Fort Sam, Houston, Texas	0
Hygiène dentaire publique	4	Col Bégin* (CO-15) LCol Houde (St-Jean) LCol McQueen* (CO-35) LCol Wood* (QGDN)	Maj Carver (80) U de Toronto	Maj Pilon (81) U de Toronto	1(?)
Prothèses	2 (F&R)	LCol Cragg* (ESDFC) LCol Gray (ESDFC)		Maj St Pierre (82) Fort Bliss	
Orthodontie		LCol Marion (Petawawa) Maj Pinsonneault (Cold Lake)			N'est plus disponible dans le SDFC
Pédodontie		Maj Morley (ESDFC)			N'est plus disponible dans le SDFC

Les noms accompagnés d'un astérisque sont ceux des spécialistes qui occupent des postes de commandement et qui, par conséquent, ne peuvent être employés à plein temps dans leur spécialité.

Actuellement le SDFC offre des possibilités de formation supérieure dans cinq disciplines. Celles-ci peuvent varier d'une année à l'autre, en fonction des besoins; la liste et les propositions qui y sont indiquées étaient en vigueur au 15 février 1980 mais il y a lieu de noter que les besoins du SDFC et des FC peuvent changer à tout moment, de même d'ailleurs que les cours de formation disponibles (par exemple, la formation au sein de l'Armée des États-Unis qui a été interrompue en 1978 sera à nouveau disponible en 1980.)

INAUGURATION DE LA NOUVELLE AILE DE L'ÉCOLE DENTAIRE

Capt M.L. Irwin

Le jeudi 14 février a marqué une date importante pour l'École du Service dentaire des Forces canadiennes de la BFC Borden. Le BGen W.R. Thompson, Directeur général du Service dentaire des Forces canadiennes, assisté par le commandant de la BFC Borden, le Commodore W.B. Hotsenpiller et par le colonel commandant du SDFC, le BGen (à la retraite) B.P. Kearney, a inauguré la nouvelle aile de l'ESDFC à l'occasion d'une cérémonie officielle. Les ciseaux utilisés pour couper le ruban donnant accès à la nouvelle aile avaient déjà été utilisés en 1958 pour l'inauguration officielle de l'École du Corps dentaire royal canadien (CDRC). En 1969, cette école était rebaptisée École du Service dentaire des Forces canadiennes au moment de l'unification des trois armes. La cérémonie revêtissait une signification toute particulière pour le BGen (à la retraite) Kearney, qui était le commandant de l'École du Corps dentaire royal canadien lorsqu'elle déménagea d'Ottawa à Camp Borden, en 1957.

Les travaux d'agrandissement de l'ESDFC ont commencé en mai 1979 et s'achevèrent en décembre de la même année. Toutes les phases du projet ont été caractérisées par une grande imagination de conception et une construction de qualité supérieure. Même si au cours de ces travaux beaucoup de patients et de membres du personnel de l'ESDFC ont pu se demander s'ils se trouvaient dans une zone de combat, la construction n'a pas trop bouleversé les activités de traitement et d'instruction de l'ESDFC. En fait, deux jours de travail seulement ont été perdus pendant tous les travaux de rénovation, grâce au dévouement et aux facultés d'adaptation remarquables du personnel de l'École.

La nouvelle aile de l'ESDFC comprend une salle de classe, huit nouveaux postes de soins, deux postes de radiographie, une chambre noire et deux bureaux. Au cours de la construction, les installations existantes ont été aussi profondément modifiées. La salle de réception des patients et le secrétariat de l'École ont été complètement réaménagés. Les deux salles de classe utilisées pour la formation au laboratoire de prothèses dentaires et à l'hygiène dentaire ont été rénovées et modifiées, et la bibliothèque a fait peau neuve. De plus, la chambre de stérilisation a été agrandie et les installations des sections des normes et de l'approvisionnement ont été modifiées.

Un aspect de ces travaux nous intéresse tout particulièrement à l'ESDFC: pour la première fois cet été nos locaux seront climatisés. Cette amélioration a été possible grâce à l'installation d'un système de chauffage/climatisation révolutionnaire.

Il convient de féliciter ici tous ceux qui ont contribué au succès de l'opération. Les entrepreneurs ont constamment fait preuve de beaucoup de coopération, notamment le contremaître du chantier, M. Austin Stillwell de Bentorswell Construction et M. Ted La Palme, l'ingénieur qui a supervisé tous les travaux au nom des Constructions de la défense (1951) Limitée. Le coordinateur du projet à l'ESDFC était le LCol Bill Gray qui a été constamment aidé par l'AdJM Malcolm Longford, le LCol Eric Cragg, le major Mike Bouris et le capitaine Frank Reid.

L'agrandissement et la modernisation du bâtiment amélioreront grandement la qualité de l'instruction et des traitements dispensés à l'École dentaire. Ils permettront aussi au personnel de travailler dans un environnement beaucoup plus agréable.





1- Le Col J.N. Wright (à l'extrême droite), commandant actuel de l'ESDFC, accueille trois anciens commandants de l'École du service dentaire des Forces canadiennes, (de gauche à droite) le BGen (à la retraite) B.P. Kearney, colonel commandant du SDFC, le Col (à la retraite) Covey et le Col L. Richardson.

2- La nouvelle salle de réception de l'ESDFC est claire et accueillante avec son nouveau mobilier.

3- Postes de traitement dentaire dans la nouvelle aile réservée à l'instruction.

4- Cérémonie d'inauguration des nouveaux locaux; de gauche à droite, le Commodore Hotsenpiller, le BGen Thompson, DGSD, et le Bgen (à la retraite) Kearney.

5- Le BGen (à la retraite) B.P. Kearney inspecte une partie du nouvel équipement dentaire en compagnie du LCol E. Cragg (à gauche), instructeur en chef de l'ESDFC, et du LCol B. Gray (à droite).

Selection de photos

LICENCIEMENTS

Plus de 108 Années de Service Combinées



Col L.R. Pierce 15 nov 1979



Col D.H. Protheroe 6 déc 1979



Col G. MacDougall 18 déc 1979

38 Années de Service



Le Bgen W.R. Thompson présente un cabaret en argent au Maj Ray Peebles, au nom de tous les membres de la Division.

Plus de 30 Années comme Assistante Dentaire



Le Maj M. Freedman en présence du Lcol Lanctis remet un bouquet de roses à Mlle Lola Hyndman qui a pris sa retraite en décembre 1979.

Un périodontiste prend sa retraite



Le Maj André Marcil reçoit son Certificat de Service des mains du Lcol Lanctis.



Technicien-chef
d'entretien

L'adjc E. Everett prend sa retraite dans la vallée de l'Annapolis après 29 années de service.

d'événements en 1979

Plusieurs autres membres ayant de nombreuses années de service ont également pris leur retraite en 1979 mais malgré nos efforts il nous a été impossible d'obtenir des photos. Nous espérons que ceux concernés sauront comprendre et qu'ils apprécieront revoir quelques-uns de leurs amis dans ce bulletin.

Membre Honorifique et Présentation à Paris



Le Collège royal des dentistes du Canada a accueilli le brigadier-général W.R. Thompson à titre honorifique lors de son assemblée tenue à Québec du 7 au 9 septembre. C'est la première fois qu'un membre des Forces canadiennes recevait cet honneur que s'est mérité le brigadier-général Thompson pour ses années de service exemplaire à la cause de l'art dentaire au Canada. À l'occasion du congrès, le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes de France a décerné au général Thompson un parchemin et une médaille en reconnaissance de sa contribution à l'art dentaire international.

Trophées PFDM 1979 Présentés par le DGSD, Bgen W.R. Thompson



Le SLT Harle reçoit le Trophée de Distinction Phase III.



Trophée de Distinction Phase II présenté au SLT Cormier.



Trophée Exercice en Campagne remis aux SLTs Becker et Reid.



Atelier des Technicien d'Équipement dentaire

1ère rangée (G à D): Adj M.D. Longford, Adjc E.M.B. Everett (Président), Bgen W.R. Thompson DGSD, Capt L.R. Hatcher DDPR-4, Adjm E.A. Duve.

Centre (G à D): Adj C.J. Beauchamp, Sgt G.J. Gallagher, Sgt J.R. Cornett, Sgt A.M. Wilson, Sgt H.G. Habberjam (Secrétaire), Sgt L.J. Kallman

Dernière rangée (G à D): Adj J.G. Cliche, Adj P.E. Harkin, Sgt J.R. Gratton, Sgt D.J. Morphet, Sgt C.C. Shave.

Ablents: Col A.G. Taylor DDPR, Adjc C. Adams DPCOR/DP.

L'école dentaire accueille le tournoi

CAPT. M.L. IRWIN



Le Bgen W.R. Thompson, DGSD, lance la première pierre.

Les 14, 15 et 16 février, l'École a accueilli le 18^{ème} Tournoi annuel de curling du Service dentaire des Forces canadiennes. Le tournoi est ouvert à tous les membres en service, à la retraite ou mutés du Service dentaire des Forces canadiennes et du Corps dentaire royal canadien. Environ 120 joueurs venus de toutes les parties du Canada et de la 35^{ème} Unité dentaire de campagne en Europe y ont participé. A l'occasion d'une petite soirée de rencontre organisée le soir du jeudi 14 février, d'anciennes amitiés ont été renouvelées jusqu'aux petites heures. Mais dès l'aube les matchs ont commencé à Circléd Pine et Anderson Park, les finales de quatre tournois ayant été prévues pour le samedi après-midi.



Gagnants Série "A": (Ottawa) g à d. — Adjm H. King, Sgt B. Banks, Capt K. MacDonald, LCol H. Amos, Le Bgen Thompson félicite le Capt MacDonald.



Consolation Série "A": (11^{ème} Unité) g à d — Maj K. Hansen, Sgt P. Tweed, Capt C. Sproule, Adjm G. Christiansen.



Gagnants Série "B": (14^{ème} Unité) g à d — Cplc J. Vasik, Maj G. Ames, Col L. Richardson, BGen (à la retraite) B.P. Kearney, Colonel Commandant SDFC, félicite les gagnants.



Consolation Série "B": (BFC Halifax) g à d — Capt R. Cormier, Capt W. Garland, LCol E. McInnis, Maj R. Hockney.



annuel de curling du SDFC



Gagnants Série "C": g à d — Adjc R. Matheson, Adjm H. Ayerst, Sgt A. Lambert, Adj J. Brisebois, L'Adjc Todd présente le trophée.



Consolation Série "C": g à d — (BFC Moose Jaw) Adj T. Mountain, Sgt D. Bungay, Maj C. Bullock, Capt R. Johnson.



Gagnants Série "D": g à d — (BFC Borden) Maj M. Garriott, LCol B. Gray, Col J.N. Wright (LCol E. Cragg absent) Deuxièmes du Tournoi "D": M. R. Tremblay, M. B. Goodwin, M.E. McFadden, CplC S. Soloman



Gauche: le Capt F. Reid acceptant un cadeau d'appréciation. Droite: le Bgen Thompson adressant la parole aux participants du tournoi.

Le tournoi s'est achevé le samedi soir par un banquet de remise des prix auquel assistaient les invités d'honneur suivants: BGen Thompson, DGSD; BGen (à la retraite) B.P. Kearney, Colonel-Commandant du SDFC; Col J.N. Wright, Commandant de l'ESDFC; Col L. Richardson, Commandant de la 14^{ème} Unité dentaire; Col A. Taylor, Commandant de la 12^{ème} Unité dentaire; LCol M. Deyette, Commandant de la 11^{ème} Unité dentaire; LCol V. Lanctis, Commandant de la 1^{ère} Unité dentaire; Col F. Begin, Commandant de la 15^{ème} Unité dentaire; LCol P. McQueen, Commandant de la 35^{ème} Unité dentaire de campagne et Col M. Denely, DSD Soins. Le BGen Thompson s'est adressé à tous les invités devant lesquels il a prononcé son message annuel sur "L'état de l'union". Au nom de tous les joueurs du SDFC, il a remercié très sincèrement le Major K. Morley et son comité de la manière admirable dont ils avaient organisé le Tournoi.

A l'occasion de la remise de prix aux vainqueurs, deux cadeaux spéciaux ont été faits. L'équipe de Rick Johnson (CFB Moose Jaw) a gagné la "Tête du cheval" qui est décernée annuellement au joueur ou à l'équipe qui fait preuve d'une ardeur ou d'une compétence spéciale. Le quartet de la Saskatchewan a réussi à se rendre à Borden bien qu'ils aient été obligés de voler sur Air Canada (en payant leurs propres billets) en raison d'un embouteillage du Service aérien militaire.

De plus, le Capitaine F. Reid a reçu un cadeau d'appréciation de mains du Col J.N. Wright, pour le remercier des efforts inlassables qu'il a déployés derrière les coulisses pour organiser tous les tournois du SDFC depuis 10 ans.

Le premier officier dentiste à recevoir l'ordre du mérite militaire



Lors de cérémonies tenues à Ottawa le 21 mai 1980, le Colonel Harold W. Brogan, CD, âgé de 44 ans, de Saint-Jean et Fredericton, N.B., a été investi de l'Ordre du mérite militaire au grade d'officier par le Gouverneur-général suppléant, le très honorable Bora Laskin, Juge en chef du Canada. L'Ordre du mérite militaire fut établi comme moyen digne de reconnaître le mérite remarquable et le service exceptionnel des membres des Forces canadiennes régulières ou de la Réserve. Le Col Brogan agit présentement comme Commandant de la 12^{ième} Unité dentaire, Halifax. Il a dernièrement servi à l'École du service dentaire des Forces canadiennes et à Lahr comme Commandant de la 35^{ième} Unité dentaire de campagne.

Le Col Brogan, son épouse Elizabeth, et leurs trois garçons demeurent à Dartmouth, Nouvelle Écosse.

Nomination honoraire de la Reine

L'Honorable J. Gilles Lamontagne, Ministre de la Défense nationale, a annoncé dernièrement que Sa Majesté la reine Elizabeth II a approuvé la nomination des Colonels Donely, Richardson et Wright au poste de Chirurgiens-dentistes honoraires de la Reine.



Le Col J.N. Wright, Commandant de l'École du Service dentaire des Forces canadiennes.



Le Col J.M. Donely, CD, DDS est présentement Directeur du service dentaire (Soins) au QGDN.



Le Col L.A. Richardson, CD, DDS est Commandant de la 14^{ième} Unité dentaire à Winnipeg.

Conférence du DGSD 27 – 29 mai 1980

